

ОБЗОРНАЯ СТАТЬЯ
REVIEW ARTICLE<https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2025.4.CLIN.1>
УДК 616.831-005.1-036.82:615.8

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

С.Н. Ионов, О.А. Пивоварова, Н.А. Ким

Государственный университет просвещения, ул. Радио, д. 10А, стр. 2, г. Москва, 105005, Россия

Резюме. Цель: изучить особенности проведения реабилитационных мероприятий у пациентов, перенёсших геморрагический инсульт, проанализировать основные этапы реабилитации и обосновать важность различных методов восстановительного лечения. *Материалы и методы.* Проведён анализ литературы, посвящённой реабилитации пациентов после геморрагического инсульта. Рассмотрены основные направления восстановительного лечения: лечебная физкультура, массаж, физиотерапия, речевая реабилитация и социально-психологическая помощь. Изучены результаты клинических исследований эффективности различных реабилитационных методов на базе специализированных медицинских учреждений. *Результаты.* Геморрагический инсульт характеризуется высокой летальностью (более 50% случаев) и развитием серьёзных осложнений у выживших пациентов. Комплексная реабилитация включает раннее начало мероприятий, индивидуальный подход, комплексность и непрерывность лечения. Лечебная физкультура показала эффективность в восстановлении двигательных функций у 77,3–83,3% пациентов. Физиотерапевтические методы (магнитотерапия, транскраниальная микрополяризация, лазеротерапия) повышают эффективность реабилитации до 82%. Речевая реабилитация при различных видах афазии обеспечивает улучшение показателей на 20–40%. Социально-психологическая поддержка способствует адаптации пациентов к новым условиям жизни. *Заключение.* Комплексный подход к реабилитации после геморрагического инсульта, включающий медицинские технологии, физическую активность и психологическую поддержку, существенно повышает шансы на успешное восстановление. Раннее начало реабилитационных мероприятий, индивидуализированные программы и участие семьи в процессе восстановления являются ключевыми факторами успешной реабилитации.

Ключевые слова: геморрагический инсульт [D020300]; реабилитация [D012046]; афазия [D001037]; физиотерапия [D026741]; лечебная физкультура [D005081]; кинезотерапия [D007660]; массаж [D008405]; речевая реабилитация [D013070]; магнитотерапия [D055909]; лазеротерапия [D028022].

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Для цитирования: Ионов С.Н., Пивоварова О.А., Ким Н.А. Реабилитация пациентов, перенёсших геморрагический инсульт. *Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: Реабилитация, Врач и Здоровье.* 2025;15(4):6–13. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2025.4.CLIN.1>

REHABILITATION OF PATIENTS WHO HAVE SUFFERED A HEMORRHAGIC STROKE

Stanislav N. Ionov, Oksana A. Pivovarova, Natal'ya A. Kim

State University of Education, Radio St., 10A, building 2, Moscow, 105005, Russia

Abstract. Objective: to study the features of rehabilitation measures in patients who have suffered hemorrhagic stroke, analyze the main stages of rehabilitation and substantiate the importance of various restorative treatment methods. *Materials and methods.* A literature review on rehabilitation of patients after hemorrhagic stroke was conducted. The main directions of restorative treatment were reviewed: therapeutic exercise, massage, physiotherapy, speech rehabilitation and social-psychological support. The results of clinical studies on the effectiveness of various rehabilitation methods at specialized medical institutions were studied. *Results.* Hemorrhagic stroke is characterized by high mortality (more than 50% of cases) and development of serious complications in surviving patients. Comprehensive rehabilitation includes early initiation of measures, individual approach, complexity and continuity of treatment. Therapeutic exercise showed effectiveness in restoring motor functions in 77.3–83.3% of patients. Physiotherapeutic methods (magnetic therapy, transcranial direct current stimulation, laser therapy) increase rehabilitation effectiveness up to 82%. Speech rehabilitation for various types of aphasia provides improvement of indicators by 20–40%. Social-psychological support facilitates patient adaptation to new living conditions. *Conclusion.* A comprehensive approach to rehabilitation after hemorrhagic stroke, including medical technologies, physical activity and psychological support, significantly increases chances for successful recovery. Early initiation of rehabilitation measures, individualized programs and family participation in the recovery process are key factors for successful rehabilitation.

Keywords: hemorrhagic stroke [D020300]; rehabilitation [D012046]; aphasia [D001037]; physiotherapy [D026741]; therapeutic exercise [D005081]; kinesiotherapy [D007660]; massage [D008405]; speech rehabilitation [D013070]; magnetic field therapy [D055909]; laser therapy [D028022].

Competing interests. The authors declare no competing interests.

Funding. This research received no external funding.

Cite as: Ionov S.N., Pivovarova O.A., Kim N.A. Rehabilitation of patients who have suffered a hemorrhagic stroke. *Bulletin of the Medical Institute "REAVIZ": Rehabilitation, Doctor and Health.* 2025;15(4):6–13. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2025.4.CLIN.1>



Реабилитацию необходимо рассматривать в комплексе с медицинскими, психологическими, социальными, образовательными и профессиональными аспектами. Основной задачей реабилитации является адаптация и подготовка пациента к достижению максимальной работоспособности с учётом нарушений неврологических функций. Основной и самой продолжительной реабилитацией является медицинская, которая основывается на различных уровнях организации, таких как стационарное лечение, амбулаторная помощь и санаторное лечение. Эти мероприятия направлены на достижение выздоровления, компенсацию и восстановление нарушенных вследствие болезни или травмы функций, предупреждение осложнений, хронических заболеваний и рецидивов. Это длительный и трудоёмкий период, который должен пройти пациент вместе с лечащим врачом и членами семьи [1].

Основными целями реабилитации являются: способствовать как можно более раннему возвращению пациентов к трудовой и бытовой деятельности и интеграции в общество, а также восстановление духовного и психологического состояния человека [1].

При проведении медицинской реабилитации нужно соблюдать следующие принципы [1]:

- Реабилитационные мероприятия необходимо начинать как можно раньше, дополняя лечение.
- Индивидуальный подход – программа реабилитации составляется индивидуально для каждого конкретного пациента.
- Комплексность в подборе программы с учётом всех особенностей больного.
- Непрерывность и длительность реабилитации.
- Наблюдение за состоянием пациента – обязательно проследить состояние больного в динамике и отмечать его реакцию на проводимые мероприятия.

К основным реабилитационным мероприятиям, которые проводятся пациентам, перенёсшим геморрагический инсульт, относятся: лечебная физическая культура, массаж, физиотерапия, речевая реабилитация, социально-психологическая помощь [1].

Лечебная физическая культура (ЛФК), или кинезотерапия, важный компонент медицинской реабилитации пациентов, который представляет собой комплексный терапевтический метод, направленный на восстановление утраченных функций организма, улучшение подвижности суставов и предотвращение вторичных осложнений. Основная задача ЛФК состоит в коррективке нарушений двигательной активности и уменьшении негативных последствий недостаточной физической активности. Существует два основных типа ЛФК:

активная и пассивная. Активная форма предполагает активное участие пациента в выполнении движений, тогда как пассивная включает имитацию движений с использованием внешнего воздействия или специальных устройств. Ключевым аспектом эффективности ЛФК является контроль над уровнем нагрузки, поскольку успешность тренировок напрямую зависит от её адекватности. На госпитальном этапе часто применяется пассивная кинезотерапия, когда движения в поражённых суставах осуществляются с помощью методиста или специального оборудования без активного участия пациента. Реабилитационный процесс требует длительного времени и проходит поэтапно. Например, пациенты с выраженными нарушениями функции ног начинают с имитации ходьбы в положении лёжа или сидя, затем учатся стоять сначала с поддержкой, потом самостоятельно, постепенно переходя к ходьбе с опорой и, наконец, без неё. Параллельно происходит восстановление навыков самообслуживания: от обучения элементарным действиям до самостоятельного выполнения повседневных задач [3-5].

По данным исследования «ФГБОУ ДПО РМАН-ПО» Минздрава России г. Иркутск под наблюдением находилось 22 пациента, в числе которых было 9 женщин и 13 мужчин в возрасте от 52 до 70 лет. По окончании проведения кинезотерапии у 17 (77,3%) пациентов был восстановлен полный объём движений в парализованных конечностях. Также другой исследовательский центр проводил похожее наблюдение. В исследовании «НИИ СП им. Н. В. Склифосовского ДЗМ» участвовало 24 человека в возрасте 55 лет, из них было 18 мужчин и 6 женщин. Восстановить двигательную активность в поражённой конечности после упражнений ЛФК удалось у 20 (83,3%) пациентов.

Массаж представляет собой профилактический и лечебный метод, заключающийся в механическом воздействии руками массажиста на разные области тела пациента или специализированных аппаратов. Лечебный эффект достигается благодаря механическому раздражению рецепторов кожи, подкожно-жировой клетчатки и прилегающих мышц с последующим формированием очагов тепла, воздействующих на афферентные рецепторы. Афферентный импульс через отделы спинного мозга передаётся в сосудодвигательный центр головного мозга, что приводит к активации вегетативной нервной системы. Ответная реакция парасимпатической нервной системы сопровождается расширением сосудов, а симпатическая способствует выработке медиаторов ацетилхолин и гистамина, которые, в свою очередь, вызывают возбуждение афферентных нервных окончаний с последующей

передачей нервных импульсов в центральную нервную систему, где осуществляется анализ и синтез полученной информации. Лечебный эффект массажа заключается в том, что во время осуществления массажных техник в тканях образуется тепло, воздействующее на терморецепторы кожи. Импульс, возникающий в рецепторах, передаётся в сосудодвигательный центр головного мозга, в результате чего активируются симпатическая и парасимпатическая нервные системы и происходит изменение просвета кровеносных сосудов. Также массаж способствует выработке биологически активных веществ, таких как гистамин и ацетилхолин, которые вызывают расширение артериол, повышение мышечной активности и ускорение передачи нервных импульсов между нейронами и от них к мышцам [3, 5].

Основные техники классического массажа

Поглаживание – это массажная техника, состоящая в плавном движении руки по поверхности кожи с определённым давлением, при этом кожа остаётся гладкой и не образует складок. Существует несколько типов поглаживаний: плоскостные (как поверхностные, так и более глубокие), обхватывающие (непрерывные и прерывистые), а также специфические приёмы, такие как щипцевое, граблевое, гребневое и крестовидное поглаживания. Эти приёмы обычно используют в начале проведения процедуры, между другими приемами, так и в конце сеанса. Поглаживание обеспечивает активацию лимфооттока, нормализует кровообращение в зоне поражения, стимулирует функцию потовых желез, повышает мышечный тонус и благоприятно воздействует на верхние структуры кожных покровов.

Растирание – это массажная техника, которая включает в себя значительное давление и перемещение тканей под кожей, вызывая образование складок перед движущейся рукой. Обычно растирание осуществляется с помощью пальцев, ребра ладони или основания кисти, следуя прямым или спиралевидным маршрутам. В качестве дополнительных вариаций могут применяться «щипцы», «гребни», пилящие движения, «штриховка» и «строгание». Эта методика чаще всего используется перед грубыми воздействиями на глубокие слои кожи – разминанием и затрагивает все слои кожи.

Разминание – это глубокий массаж, позволяющий массировать мышцы. Методика основана на грубом захвате, подъёме и оттягивании поверхностно расположенных мышц. Используют чаще всего два вида разминания: продольное и поперечное. Кроме того, можно применять различные варианты, такие как валяние, накатывание, сдвигание, растягивание, сжатие, надавливание и лёгкое подергивание.

Вибрация – один из наиболее интенсивных приёмов массажа, который создаёт мощный рефлекторный эффект. Она может быть как непрерывной, так и прерывистой. При непрерывной вибрации массажист выполняет ряд колебательных движений, не отрывая руку от кожных покровов пациента. Параллельно этому используют дополнительные манипуляционные процедуры в виде стабильной и лабильной вибрации, такие как сотрясение, подталкивание, сгибание, пальпацию. Данные подходы приводят к гиперемии кожных покровов, что вызвано расширением мелких сосудов. При этом увеличивается кровоток, снижается чувствительность нервных рецепторов. Всё это увеличивает поступление кислорода и питательных веществ к поражённому органу. Непрерывная вибрация основана на колебательных движениях, которые проводят достаточно часто – от 100 до 300 колебаний в минуту. Прерывистая вибрация включает в себя такие приёмы, как пунктирование, поколачивание, похлопывание, рубление и стегание. Эти методы способствуют расширению сосудов, улучшению циркуляции крови, сокращению чувствительности нервных окончаний и увеличению поступления кислорода и питательных веществ.

Физиотерапия – это медицинская дисциплина, изучающая влияние природных и искусственных физических факторов на человеческий организм с целью лечения заболеваний и поддержания здоровья. Эти факторы, являясь естественными компонентами окружающей среды, вызывают у организма привычные реакции, формирующиеся в процессе его развития. В физиотерапевтических процедурах используются умеренные дозы физической энергии, соответствующие текущему состоянию пациента и выступающие в роли адекватных физико-химических стимулов. В отличие от высокоинтенсивных воздействий, способных вызывать тепловые эффекты, стресс или даже повреждение тканей (например при хирургической лазерной коагуляции), низкочастотные стимулы характеризуются физиологической безопасностью. Они стимулируют компенсаторные и адаптивные процессы в организме посредством механизмов, выработанных в ходе эволюционного взаимодействия с внешней средой. Активируя системные компенсаторно-приспособительные механизмы, которые основываются на условных и безусловных рефлексах с участием нейроэндокринных процессов, эти факторы мобилизуют внутренние ресурсы организма, регулируют обмен веществ и функции органов, проявляют тренировочный и стабилизирующий эффекты, а также специфично влияют на различные уровни жизнедеятельности организма [6].

Воздействие магнитного поля на организм по-лучило широкое распространение. Пульсирующее магнитное поле характеризуется изменениями во времени и по величине, однако остаётся постоянным по направлению. Оно генерируется специальными приборами – индукторами, которые работают на пульсирующем токе. Одной из особенностей влияния магнитного поля является его продолжительное последствие: реакции организма сохраняются в течение 2-5 дней после окончания месячного курса процедур. Лечебный эффект достигается за счёт развития тормозных процессов, что объясняет успокаивающий эффект магнитного поля, улучшение сна и снижение эмоционального напряжения. Магнитотерапия расширяет сосуды головного мозга, тем самым улучшая его кровообращение. Под воздействием магнитного поля уменьшается чувствительность периферических рецепторов и улучшается проводимость нервных сигналов, что приводит к обезболиванию и способствует восстановлению функций повреждённых периферических нервов. Кроме того, отмечается уменьшение отёчности, что помогает снизить болевые ощущения в травмированных областях.

Транскраниальная микрополяризация головного мозга – это метод лечения путём воздействия на отдельные структуры мозга слабым постоянным электрическим током, сравнимым с собственными электрическими процессами. В результате воздействия происходит поляризация мембран. Процедура помогает снизить воспаление и отёчность, улучшить питание тканей, ток воздействует на нейроны головного мозга, способствуя восстанов-

лению связей и сетей между нейронами. Это очень распространённый метод, который позволяет повысить эффективность проводимых реабилитационных мероприятий до 82% [6].

Лазеротерапия представляет собой использование низкоэнергетического лазерного излучения в лечебных целях. Этот метод представляет собой универсальный стимулятор восстановительных и обменных реакций в поражённых тканях организма, что стимулирует быструю регенерацию ран, обладает бактерицидным и противовоспалительным действием, увеличивает кровоток, способствуя доставке кислорода поражённым тканям, уменьшает отёчность тканей и стимулирует иммунную систему. Сеансы лазеротерапии проходят обычно в положении лёжа или сидя. Участок тела, подлежащий воздействию лазером, должен быть открытым. Для защиты глаз пациента используются специальные очки. Во время процедуры возможно ощущение лёгкого тепла в зоне обработки. Лазерное излучение направляется непосредственно на зону поражения, кожу над поражённым органом, рефлексогенные зоны или акупунктурные точки (лазеропунктура).

При поражении корковых центров речи или путей, связывающих их с другими отделами центральной нервной системы, возникает афазия. Она чаще возникает при поражении корковых центров – зоны Брока. При геморрагических инсультах расстройство речи возможно и при нарушении проводимости нервных путей. При этом утрата речи может быть как полной, так и частичной. В таблице 1 приведены виды речевых нарушений [7-9].

Таблица 1. Разновидности афазий

Table 1. Types of aphasia

Вид	Поражённый отдел	Нарушение
Эфферентная моторная	Зона Брока – заднелобные отделы коры	Нарушение устной речи, из-за невозможности переключения с одного элемента речи на другой
Афферентная моторная	Задние постцентральный отделы двигательного анализатора, нижние теменные отделы	Невозможность произнести отдельный звук, поскольку похожие звуки замещаются друг другом
Сенсорная (акустико-гностическая)	Зона Вернике – верхне-височные отделы	Дефект звукоузнавания
Акустико-мнестическая	Средние и задние отделы височной доли	Нарушение слухоречевой памяти
Семантическая	Теменно-затылочные области доминантного полушария	Нарушение пространственного и квазипро пространственного восприятия
Амнестическая	Височно-теменно-затылочная область	Нарушение предметных образов и представлений

На базе отделения неврологии Сергиево-Посадской районной больницы проводили наблюдение за пациентами, перенёсшими геморрагический инсульт с различными видами нарушения речи: моторной афферентной и сенсорной.

Целью эксперимента было расширение возможности слухового восприятия и понимания устной речи, используя различные картинки, рисунки

и предметы. При усложнении заданий, показ осуществляли, увеличивая количество наименований от двух до трёх и так далее.

На следующем этапе обследуемые отвечали на вопросы, которые постепенно усложнялись, переходя от простых к более сложным. Затем осуществляли прослушивание текстов, состоящих из простых и сложных предложений с ответами на

вопросы по их содержанию; проводили письмо под диктовку с постепенным наращиванием фраз; чтение с постепенным наращиванием фраз и с последующим воспроизведением по памяти каждого из предложений, преодоление слабости слухоречевых следов, повторение по памяти прочитываемых букв, слов, фраз с постепенным увеличением промежутка времени между прочтением и воспроизведением.

Проводилась также индивидуальная работа с каждым пациентом, учитывая слабые места ранее пройденных этапов.

В случае афферентной моторной афазии с целью развития утраченных речевых функций использовали приёмы, связанные с изменением интонации произнесённых слов и повторяемых предложений, а также поиск соответствующей сказанному картинки. Кроме того, необходимо было прочитать с выражением известное стихотворение.

При нарушениях речевой функции сенсорно-моторного характера использовали приёмы, основанные на классификации рисунков по сюжетам, проводили несложные математические расчёты, изображали на рисунке соответствующий образ.

Проанализировав данные проведённого эксперимента, выяснили, что у пациентов с афферентной моторной афазией в результате проведённой восстановительной работы отмечаются следующие улучшения: повысилась общая психическая и речевая активность, произвольное внимание стало более устойчивым; улучшилось понимание не только простых, но и более сложных инструкций; стало доступно произнесение абрисов слов, произнесение слов, состоящих из отработанных звуков.

У пациентов с сенсорными нарушениями отмечается следующая положительная динамика: сократился латентный период включения в деятельность, улучшились переключения с одного вида деятельности на другой; расширился объём восприятия речи на слух; увеличился активный словарь (легче актуализирует слова малочастотной лексики). В речевом статусе пациентов отмечаются значительные улучшения. Рекомендуются повторная консультация с целью продолжения занятий в поликлинике по месту жительства.

У пациентов с нарушениями артикуляционной функции речи, возникающей из-за недостаточности иннервации мышц, участвующих в голосообразовании, имеют место расстройства не только в произношении, а также страдают функции голоса, присутствует нарушение дыхания в процессе разговора. Кроме того, регистрируются изменения в просодической структуре речи, то есть на лицо дисфония, диспневмия и диспросодия.

В логопедической практике используется общепринятая классификация дизартрии, в основу которой заложен принцип локализации со стороны патоморфологических изменений двигательных центров речи. Соответственно выделяют бульбарную, псевдобульбарную, экстрапирамидную, мозжечковую, корковую (включая апраксическую постцентральную и апраксическую премоторную) и мезенцефалодиэнцефальную формы дизартрии. Для её коррекции специалисты применяют разнообразные упражнения: дыхательные, фонационные, вокальные, артикуляционные и речевые. Метод наглядности часто используется в работе: занятия перед зеркалом, применение специальных тренажёров и визуальных материалов, а также прослушивание аудио. Кроме того, пациентам с бульбарной и псевдобульбарной дизартрией может быть рекомендован логопедический массаж [3, 5].

Чтобы помочь человеку справиться с потерей возможности общаться с окружающими, важно использовать следующие принципы:

- Создание комфортных взаимоотношений с пациентом, чтобы он был в центре событий и не чувствовал дискомфорта, не был изолирован.
- Не взирая на нарушения речевых функций, внимательно слушать пациента, при этом избегать прерывания и желания закончить фразу за него.
- Важно находить и активно использовать новые, альтернативные коммуникативные приёмы, порой не связанные с речью.
- При дизартрии необходимо регулярно выполнять упражнение с целью повышения тонуса языка (массаж зубными щётками, палочками, двигательные приёмы в виде подъёма и прижатия его к небу, зубам и щекам), а также мимических мышц.
- Как можно чаще использовать приёмы, основанные на автоматических речевых последовательностях: устный счёт, перечисление времён года, месяцев и дней недели.

Было установлено, что после ряда коррекционных мероприятий показатели речевого обследования, такие как коммуникативно-речевые умения, лексический строй, грамматический строй речи и связанная речь, повысились на 20–40%, что говорит о высокой эффективности данных мероприятий по коррекции речи [5, 6].

Важное значение для пациентов, перенёсших геморрагический инсульт, имеет социально-психологическая реабилитация. Она направлена на восстановление нарушенной психики. Необходимо доказать пациенту на примерах других людей, перенёсших инсульт, важность проводимых реабилитационных мероприятий с целью улучшения качества жизни. Социально-психологическая реабилитация направлена на развитие у пациента и его

близких качеств, позволяющих ему как можно скорее адаптироваться к социальной среде, его окружению в условиях временного ухудшения здоровья [1, 2, 5].

Разработаны принципы социально-психологической реабилитации. Они включают:

- Индивидуализированный подход для конкретного пациента, создание программы по его реабилитации, которая учитывала бы уникальные особенности больного. Это включает в себя анализ конкретного диагноза, заболевания сердечно-сосудистой системы, инсульты различных форм или черепно-мозговые травмы. Также важно принимать во внимание степень тяжести недуга, продолжительность болезни, возраст пациента, наличие сопутствующих заболеваний.

- Комплексный подход в осуществлении психологических процедур основан на включении в индивидуальную программу пациента реабилитационных мероприятий, направленных на преодоление негативных последствий инсульта и скорейшую адаптацию: коррекция когнитивных нарушений, эмоциональных расстройств, проведение поддерживающих бесед, коррекция семейных отношений и мероприятия, направленные на профилактику преодоления новых трудностей.

- Активность пациента в проведении индивидуальной реабилитационной программы его родных и близких.

- Работа с медицинским психологом осуществляется в индивидуальном формате, основываясь на результатах психологической диагностики, и направлена на коррекцию эмоционально-личностной, когнитивной и поведенческой составляющих личности пациента.

Консультирование ставит перед собой следующие цели:

- формирование чёткого и адекватного понимания болезни, принятие факта заболевания и трансформация восприятия собственного тела после пережитого;

- адаптация к изменениям в социальной роли и установка новых жизненных целей и ценностей;

- стимулирование мотивации к восстановительному лечению и реабилитационным процессам;

- улучшение общего эмоционального состояния пациента;

- обучение психологии поведения, способствующей борьбе с заболеванием.

Проведение семейно-психологического консультирования с членами семьи и его окружением осуществляют по трем направлениям:

- Первичная консультация с близкими пациента – чаще проводят клинические психологи, начиная с структурированного интервью для получения до-

полнительных сведений о пациенте, его интересах. Задача этого интервью – уточнение подробной информации об истории болезни, уровне нарушений когнитивных функций, оценке поведенческой активности до заболевания.

- Необходимо определить динамику отношений и роль пациента в кругу семьи и в профессиональной сфере. Полученная информация способствует формированию целостного понимания состояния пациента и созданию оптимальной стратегии для его реабилитации.

- Проведение разъяснительной работы с родственниками включают информирование об особенностях болезни, принципах психологического функционирования, а также целях и задачах всей реабилитационной программы и её отдельных этапов.

Родственники и близкие люди пациентов, столкнувшихся с серьёзными заболеваниями, часто испытывают широкий спектр психологических реакций и синдромов дезадаптации. Реакции родственников могут проявляться в виде замешательства, уклонения от ответственности, чрезмерной ответственности, чувства вины, утраты смысла жизни, психосоматических расстройств, страхов, навязчивых идей, невротических состояний, синдрома хронической усталости.

Психологу необходимо оказывать членам семьи консультативную помощь, помогая справиться с возникшими проблемами с целью формирования нового, необычного для них ранее отношения к больному.

Выводы

Реабилитация представляет собой комплексное мероприятие и включает в себя такие методы, как физиотерапия, ЛФК, массаж и психологическую помощь.

Одним из ключевых методов является электростимуляция мышц, позволяющая восстанавливать утраченные функции путём активации нервных волокон. Магнитотерапия улучшает кровообращение и способствует регенерации тканей. Лазерная терапия ускоряет заживление и уменьшает воспаление.

ЛФК играет центральную роль в восстановлении двигательных функций. Специальные упражнения помогают укрепить мышцы, улучшить координацию движений и развить выносливость. Занятия проводятся индивидуально, учитывая физические возможности каждого пациента. Важно начинать ЛФК уже в первые дни после стабилизации состояния, постепенно увеличивая нагрузку.

Массажные процедуры улучшают кровообращение, снимают мышечный спазм и повышают тонус ослабленных мышц. Они способствуют расслаблению перенапряжённых участков тела и об-

легчают боль. Регулярный массаж помогает предотвратить контрактуры суставов и поддерживает эластичность тканей.

Психологическое сопровождение необходимо для поддержки эмоционального состояния пациента. Инсульт часто вызывает депрессию, тревогу и страх перед будущим. Работа с психологом помогает справиться с этими чувствами, адаптироваться к новым условиям жизни и вернуться к социальной активности. Поддержка семьи также играет важную роль в процессе реабилитации.

Комплексный подход к реабилитации, сочетающий медицинские технологии, физическую активность и психологическую поддержку, существенно повышает шансы на успешное восстановление после геморрагического инсульта. Однако успех зависит от своевременности начала лечения, индивидуальных особенностей пациента и соблюдения рекомендаций специалистов.

Заключение

Восстановительные мероприятия после геморрагического инсульта обычно начинаются сразу после поступления пациента в стационар и продолжают до тех пор, пока наблюдается положительная динамика в неврологическом состоянии. Чем раньше начнутся реабилитационные мероприятия, тем больше шансов у пациента на возвращение к привычной жизни с минимальными последствиями и осложнениями. Реабилитационная программа должна разрабатываться индивидуально для каждого пациента, учитывая степень поражения мозга, сопутствующие заболевания и функциональные нарушения. В дополнение к физическим методам, пациентам могут потребоваться лекарственные препараты для улучшения мозгового кровообращения, снижения артериального давления и профилактики повторного инсульта.

По результатам, описанным в данной статье выше, можно судить, что эффективность реабилитации довольно высока. Например, в «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ» из 24 пациентов, перенёвших геморрагический инсульт, с парализованными конечностями, восстановить полный объём движений удалось у 20 человек после проведения курса кинезотерапии, что составляет 83,3% от общего числа пациентов. А по результатам проведения реабилитационных мероприятий у двух пациентов с афазическими расстройствами в «ГВКГ им. Ак. Н.Н. Бурденко», у пациента с комплексной моторной афазией улучшилось понимание более сложных инструкций, повысилась речевая активность и стало более устойчивым произвольное внимание. У пациента с сенсорной афазией улучшились переключения с одного вида деятельности на другой, расширился объём восприятия речи на слух, увеличился активный словарь.

В рамках реабилитации также проводится вторичная профилактика инсульта, которая включает здоровый образ жизни: отказ от курения или сокращение количества выкуриваемых сигарет, ограничение употребления алкоголя, регулярная физическая активность и нормализация массы тела, а также коррекция питания. В процессе реабилитации необходимо регулярно оценивать состояние пациента и корректировать программу восстановления в соответствии с результатами оценки, чтобы эффективно использовать ресурсы и улучшить качество лечения. Важно привлекать родственников пациента к участию в восстановительном процессе: обсуждать цели и задачи реабилитации, обучать правильному уходу за пациентом, анализировать успехи или причины неудач вместе с пациентом и его семьей. Реабилитация после инсульта требует значительных усилий как от пациента, так и от его родных и близких, и является долгосрочным и трудоёмким процессом.

Литература [References]

- 1 Пономаренко Г. Н. Медицинская реабилитация: учеб. пособие. 2-е изд. – Москва: Изд-во ГЭОТАР-Медиа, 2021. 362 с. Ponomarenko G. N. Medical rehabilitation: textbook. 2nd ed. Moscow: Publishing house GEOTAR-Media, 2021. 362 p. (In Russ.)
- 2 Principles of Rehabilitation. Michelle Futrell, Susan L Rozzi - Prim Care. 2020:87-103. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2019.10.004>
- 3 Ерешко Н.Е., Мельникова А.В. Роль лечебной физической культуры в реабилитации после инсульта. *Научные и образовательные основы физической культуры и спорте*. 2022;2. Ereshko N.E., Melnikova A.V. The role of therapeutic physical culture in rehabilitation after a stroke. *Scientific and educational foundations in physical culture and sports*. 2022;2. (In Russ.)
- 4 Lee C.-Yu., Howe T.-H. Effectiveness of Activity-Based Task-Oriented Training on Upper Extremity Recovery for Adults With Stroke. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2024;78(2). <https://doi.org/10.5014/ajot.2024.050391>
- 5 O'Dell M.W. Stroke Rehabilitation and Motor Recovery. *Continuum (Minneapolis Minn)*. 2023;605-627. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000001218>
- 6 Гасанбекова А.Р., Ястребцева И.П., Дмитриев Е.В., Бочкова Е.А. Использование транскраниальной микрополяризации у пациентов с сочетанием двигательных и речевых нарушений при инсульте. *Доктор.Ру*. 2022;21(8):6-11. Gasanbekova A.R., Yastrebtseva I.P., Dmitriev E.V., Bochkova E.A. Use of Transcranial Direct Current Stimulation in Post-stroke Patients with Motor and Speech Disturbances. *Doctor.Ru*. 2022;21(8):6-11. (In Russ.)
- 7 Применение современных средств в логопедической и инклюзивной практике: материалы научно-практической конференции. Под ред. д. биол. н., к.мед.н., проф. Ионова С.Н.; доцента, к.п.н. Морозовой В. С.; к. пс. н., доцента Барышевой Е. В. Сергиев Посад: ИД Канцлер, 2019. 100 с. Application of modern means in speech therapy and inclusive practice: materials of the scientific and practical conference.

- ference. Edited by D.Sc. (Biol.), Ph.D. (Med.), Prof. Ionov S.N.; Associate Professor, Ph.D. (Pedagogical Sciences) Morozova V.S.; Ph.D. (Pedagogical Sciences), Associate Professor Barysheva E.V. Sergiev Posad: ID Chancellor, 2019. 100 p. (In Russ.)
- 8 Cognitive Impairment After Ischemic and Hemorrhagic Stroke: A Scientific Statement From the American Heart Association/American Stroke Association / Nada El Hussein, Irene L Katzan, Natalia S Rost, Margaret Lehman Blake, Eeeseung Byun, Sarah T Pendlebury, Hugo J Aparicio, María J Marquine, Rebecca F Gottesman, Eric E Smith – Stroke – 2023. – 272-291. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000430>
- 9 Shannon M Sheppard, Rajani Sebastian Diagnosing and managing post-stroke aphasia. *Expert Rev Neurother.* 2021:221-234. <https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1855976>

Авторская справка**Ионов Станислав Николаевич**

Д-р биол. наук, канд. мед. наук, профессор кафедры терапии, Государственный университет просвещения.

ORCID 0000-0002-6378-6974; professorionov@gmail.com

Вклад автора: дизайн работы, научное редактирование текста работы.

Пивоварова Оксана Анатольевна

Д-р мед. наук, профессор кафедры терапии, Государственный университет просвещения.

ORCID 0000-0003-4234-1869; oa.pivovarova@guppros.ru

Вклад автора: анализ и подбор источников литературы.

Ким Наталья Александровна

Студентка 4 курса, Государственный университет просвещения.

ORCID 0009-0008-4359-0019, 89161679929; kim-natulya@mail.ru

Вклад автора: анализ и подбор источников литературы.

Author's reference**Stanislav N. Ionov**

Dr. Sci. (Biol.), Cand. Sci. (Med.), Professor of the Department of Therapy, State University of Education.

ORCID 0000-0002-6378-6974; professorionov@gmail.com

Author's contribution: design of the work, scientific editing of the text of the work.

Pivovarova Oksana Anatolyevna

Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Therapy, State University of Education.

ORCID 0000-0003-4234-1869; oa.pivovarova@guppros.ru

Author's contribution: analysis and selection of literature sources.

Kim Natalia Aleksandrovna

4th year student, State University of Education.

ORCID 0009-0008-4359-0019, 89161679929; kim-natulya@mail.ru

Author's contribution: analysis and selection of literature sources.