



С. О. МЄДВЕДКОВА

Запорізький державний медичний університет

Реабілітаційні заходи у хворих з мозковим півкульним ішемічним інсультом у ранній відновний період

Мета — удосконалити лікувально-реабілітаційні заходи у хворих, які перенесли мозковий півкульний ішемічний інсульт, шляхом розподілу їх на клініко-реабілітаційні групи з використанням сучасних шкал для диференційованого підходу до відновного лікування.

Матеріали і методи. Проведено комплексне дослідження з використанням шкали NIHSS, індексу Бартел (ІБ), модифікованої шкали Ренкіна (МШР) на 10, 30, 90 і 180-ту добу захворювання та комп'ютерної томографії головного мозку, а також реабілітаційне лікування 375 хворих (270 чоловіків та 105 жінок, середній вік — $(58,36 \pm 0,42)$ року), які перенесли мозковий півкульний ішемічний інсульт та перебували у ранньому відновному періоді захворювання. Пацієнтів розподілили на чотири групи. У першу групу залучено 127 (33,9%) хворих з легким ступенем післяінсультних розладів ($\text{NIHSS} \leq 7$ балів, $\text{ІБ} > 75$ балів, $\text{МШР} = 1-2$ бали) без супутньої соматичної патології, у другу — 157 (41,9%) хворих з легким ступенем післяінсультних розладів ($\text{NIHSS} \leq 7$ балів, $\text{ІБ} > 75$ балів, $\text{МШР} = 1-2$ бали) та супутньою соматичною патологією, у третю групу — 47 (12,5%) хворих з помірними та вираженими післяінсультними розладами ($\text{NIHSS} > 7$ балів, $45 < \text{ІБ} < 75$ балів, $\text{МШР} = 3-4$ бали) без супутньої соматичної патології, у четверту групу — 44 (11,7%) хворих з помірними та вираженими післяінсультними розладами ($\text{NIHSS} > 7$ балів, $45 < \text{ІБ} < 75$ балів, $\text{МШР} = 3-4$ бали) і супутньою соматичною патологією.

Результати. У першій групі сприятливий наслідок спостерігали у 113 (89,0%) пацієнтів, відносно сприятливий — у 14 (11,0%), у другій групі — відповідно у 136 (87,2%) та 20 (12,8%), у третій групі — у 15 (31,9%) і 32 (68,1%), у четвертій групі — у 13 (29,5%) та 31 (70,5%).

Висновки. Розподіл хворих, які перенесли мозковий півкульний ішемічний інсульт, у ранній відновний період на клініко-реабілітаційні групи з використанням сучасних шкал дає змогу прогнозувати його наслідок, проводити програму соціальної, побутової і трудової адаптації хворих, впроваджувати сучасні патогенетично обґрунтовані лікувальні та реабілітаційні комплекси з диференційованим використанням методів і способів, які поліпшують результати лікування.

Ключові слова: ішемічний інсульт, клініко-реабілітаційні групи, комплексні реабілітаційні заходи.

Однією з важливих проблем сучасної неврології є організація допомоги хворим з мозковими інсультами [1]. Це зумовлено їх високою поширеністю, захворюваністю, інвалідизацією та смертністю [3, 6]. Щороку у світі реєструють близько 16,8 млн інсультів, близько 6 млн хворих помирають. За прогнозами експертів ВООЗ, у 2030 р. поширеність інсультів становитиме 23 млн, помруть від них 7,8 млн. Загальна кількість осіб, які перенесли інсульт,

становитиме 77 млн. В Україні щороку реєструють до 100 тис. інсультів. Так, у 2015 р. було зареєстровано 96 319 випадків інсультів, або 274,0 випадку на 100 тис. населення, з них 33% в осіб працездатного віку. Смертність від інсультів в Україні перевищує вдвічі показники у розвинених європейських країнах [2, 4]. Висока інвалідизація хворих, які перенесли інсульт (лише у 10—15% відновлюється працездатність) та часто потребують догляду 1—2 працездатних родичів, зумовлює соціально-економічну значущість цієї проблеми [7].

© С. О. Медведкова, 2018

За даними ВООЗ, щороку реєструють 100—300 випадків інсультів на 100 тис. населення. Нерідко після перенесеного інсульту залишається стійкий неврологічний дефіцит, що знижує якість життя не лише хворого, а і членів його сім'ї, що лягає тяжким тягарем на суспільство в цілому [8, 10].

Згідно з даними досліджень, на 100 тис. населення припадає 600 хворих з наслідками інсульту, з них 60% є інвалідами. Однак активна реабілітація в післяінсультний період дає змогу відновити працездатність та знизити ступінь інвалідності хворих, які перенесли церебральний інсульт. Основними неврологічними наслідками у післяінсультний період (через 4 тиж від початку інсульту) є рухові, чутливі, координаційні, когнітивні, мовні та інші розлади [9].

Мета роботи — удосконалити лікувально-реабілітаційні заходи у хворих, які перенесли мозковий півкульний ішемічний інсульт, шляхом розподілу їх на клініко-реабілітаційні групи з використанням сучасних шкал для диференційованого підходу до відновного лікування.

Матеріали і методи

Під нашим спостереженням у клініці нервових хвороб Запорізького державного медичного університету на базі відділення гострих порушень мозкового кровообігу, а потім — відділення нейрореабілітації Запорізького міського ангіоневрологічного центру КУ «6-та міська клінічна лікарня», проведено комплексне дослідження та реабілітаційне лікування 375 хворих (270 чоловіків та 105 жінок, середній вік — $(58,36 \pm 0,42)$ року) в ранній відновний період мозкового ішемічного півкульного інсульту (МПІІ).

Для верифікування МПІІ в дебюті захворювання всім пацієнтам проводили комп'ютерно-томографічне дослідження головного мозку за допомогою комп'ютерного томографа Siemens Somatom Spirit (Німеччина).

Для об'єктивізації даних щодо стану хворих його оцінювали за шкалою інсульту Національного інституту здоров'я (NIHSS), яка дає змогу оцінити ступінь тяжкості інсульту. Ступінь функціонального відновлення та інвалідизації оцінювали за модифікованою шкалою Ренкіна (МШР), можливості побутових навичок і самообслуговування — за допомогою індексу Бартел (ІБ) на 10, 30, 90 і 180-ту добу.

Статистичний аналіз проведено в програмі Statistica (StatSoft Inc.) з використанням методів описової статистики. Наявність взаємозв'язку між якісними ознаками оцінювали за критерієм χ^2 Пірсона. Взаємозв'язок вважали значущим при рівні значущості $p < 0,05$.

Результати та обговорення

Нами розроблено критерії розподілу хворих з МПІІ у ранній відновний період на чотири клініко-реабілітаційні групи (КРГ) (табл. 1) із застосуванням сучасних шкал (NIHSS, ІБ, МШР).

Розподіл хворих на КРГ дає змогу розробити диференційований підхід до відновного лікування, визначити його методи та спрогнозувати працездатність. Критерії розподілу на групи: ступінь вираження післяінсультних порушень до надходження хворого в реабілітаційне відділення, давність інсульту, супутня соматична патологія, характер та перебіг основного судинного захворювання [5].

Нами також була розроблена схема організації реабілітаційної допомоги хворим з інсультом на всіх етапах реабілітації (табл. 2), починаючи з гострого періоду захворювання і до резидуального періоду (до 3 років після перенесеного інсульту). У схемі враховано основні принципи реабілітації. Нами розроблено програми для диференційованого застосування лікувально-реабілітаційних заходів у кожній КРГ.

Крім того, нами були розроблені критерії прогнозу наслідку реабілітаційного лікування хворих, які перенесли МПІІ: сприятливий прогноз: NIHSS < 5 балів, ІБ — 100 балів, МШР — 0—2 бала; відносно сприятливий — NIHSS \geq 5 балів, ІБ \leq 95 балів, МШР \geq 3 бала.

У першу КРГ було залучено 127 (33,9%) хворих, у яких ступінь післяінсультних розладів був легким

Т а б л и ц я 1
Клініко-реабілітаційні групи хворих з мозковим півкульним ішемічним інсультом у ранній відновний період

Група	Критерій
I	<ul style="list-style-type: none"> Легкий ступінь післяінсультних розладів NIHSS < 7 балів; ІБ > 75 балів; МШР 1—2 бали Супутньої патології немає
II	<ul style="list-style-type: none"> Легкий ступінь післяінсультних розладів NIHSS < 7 балів; ІБ > 75 балів; МШР 1—2 бали Супутня патологія: серцево-судинні захворювання, хронічне обструктивне захворювання легень II стадії, компенсований або субкомпенсований цукровий діабет 2 типу
III	<ul style="list-style-type: none"> Помірний та виражений ступінь післяінсультних розладів NIHSS > 7 балів; ІБ > 45, але < 75 балів; МШР 3—4 бали Супутньої патології серця та цукрового діабету не було; в анамнезі немає вказівок на часті судинні (гіпертонічні, вестибулярні та ін.) кризи Інсульт був першим
IV	<ul style="list-style-type: none"> Помірний та виражений ступінь післяінсультних розладів NIHSS > 7 балів; ІБ > 45, але < 75 балів; МШР 3—4 бали Супутня соматична патологія (субкомпенсована, компенсована) В анамнезі вказівки на часті судинні церебральні кризи та минулі порушення мозкового кровообігу

Т а б л и ц я 2

Схема організації реабілітаційної допомоги хворим з мозковими інсультами

Група	Термін	Реабілітаційна допомога
I, II, III, IV	1—14 доба	<ul style="list-style-type: none"> Відділення гострого порушення мозкового кровообігу (60 ліжок) Стандартна медикаментозна терапія, пасивна кінезотерапія, психотерапія, консультація логопеда
I, II, III	15—60 доба	<ul style="list-style-type: none"> Відділення нейрореабілітації міського ангіоневротичного центру (21 день) та санаторій «Великий Луг» (24 дні) Медикаментозна терапія, активна кінезотерапія, заняття з логопедом, електростимуляція, фізіотерапія, лазеротерапія, психотерапія
I, II, III, IV	3—12 місяців	<ul style="list-style-type: none"> Відділення нейрореабілітації міського ангіоневротичного центру (21 день) — не менше 3—4 курсів для 1—3 КРГ Реабілітаційні кабінети поліклінік для 4 КРГ
III, IV	2—3 роки	<ul style="list-style-type: none"> Відділення нейрореабілітації міського ангіоневротичного центру (21 день) — 2 курси на рік для 3 КРГ Реабілітаційні кабінети поліклінік для 4 КРГ

(NIHSS \leq 7 балів, ІБ > 75 балів, МШР — 1—2 бали); супутня патологія відсутня; перебіг основного захворювання — інсульт стався вперше, в анамнезі відсутні вказівки на часті судинні (гіпертонічні, вестибулярні тощо) кризи — абсолютні показання для стаціонарного лікування у відділенні реабілітації.

Завдання реабілітації: повне відновлення порушених функцій, тренування серцево-судинної системи, підвищення толерантності до загальних фізичних навантажень, повне відновлення побутової і соціальної активності та працездатності.

Лікування передбачало застосування:

- медикаментозної терапії (препарати, які поліпшують метаболізм у церебральній структурі та церебральні ангіопротектори), за показаннями — седативні препарати;
- лікувальної фізкультури: групові заняття з додаванням до комплексу вправ (після попереднього тестування) дозованих фізичних навантажень; механотерапія з використанням маятникових і блокових тренажерів;
- фізіотерапії: масаж сегментарних зон та паретичних кінцівок; процедури загального впливу на шийно-комірцеву зону з метою поліпшення мозкового кровообігу (змінне або постійне магнітне поле, електрофорез судинних засобів тощо);
- активної кінезотерапії та автомобілізації у повному обсязі;
- голкорексфлексотерапії, лазеротерапії;
- електростимуляції паретичних м'язів за допомогою апарата «Міотон»;
- занять з логопедом-афазіологом за наявності афатичних розладів;
- психотерапії: лише за показаннями (за наявності вираженої неврастенічної симптоматики) індивідуальні або групові заняття.

У другу КРГ було залучено 157 (41,9%) хворих з легким ступенем післяінсультних розладів; NIHSS

\leq 7 балів, ІБ > 75 балів, МШР — 1—2 бали; супутня соматична патологія представлена одним із таких захворювань або їх поєднанням — ішемічна хвороба серця, хронічна коронарна недостатність I—II стадії, недостатність кровообігу IA стадії, нормокардична або брадикардична форма постійної фібриляції передсердь, одинична екстрасистолія, атріовентрикулярна блокада не вище I ступеня, інфаркт міокарда в анамнезі (давність — більше 1 року), хронічне обструктивне захворювання легень II стадії, компенсований або субкомпенсований цукровий діабет 2 типу. Тяжчі форми супутніх захворювань не розглядали, оскільки їх наявність була протипоказанням до направлення на відновне лікування хворих у спеціалізованих реабілітаційних відділеннях.

Завдання реабілітації: повне або часткове відновлення порушених функцій, тренування серцево-судинної системи, підвищення толерантності до загальних фізичних навантажень, стабілізація перебігу основного судинного захворювання; повне відновлення побутової та соціальної активності, за можливості — працездатності.

Лікування передбачало застосування:

- медикаментозної терапії: патогенетичні засоби (гіпотензивні; препарати, які поліпшують коронарний кровообіг та метаболізм міокарда, антиаритмічні, антидіабетичні препарати тощо), препарати, які поліпшують метаболізм у церебральних структурах мозку, та вазоактивні препарати, седативні та інші засоби;
- лікувальної фізкультури: групові заняття з обмеженням інтенсивності фізичних вправ (додавання до комплексу дозованих фізичних навантажень можливе лише через 1—2 тижні адаптації хворого та після ретельного велоергометричного обстеження), механотерапія з використанням маятникових тренажерів;

- обмеженої активної та пасивної кінезотерапії, дозованої автомобілізації;
- фізіотерапії: лікувальна фізкультура паретичних кінцівок, апаратна фізіотерапія (лише після адаптації хворого та стабілізації стану) — електрофорез судинних засобів на шийно-комірцеву зону з метою поліпшення мозкового кровообігу;
 - голкорексфлексотерапії, лазеропунктури;
 - дозованої електростимуляції паретичних м'язів апаратом «Міотон»;
 - занять з логопедом-афазіологом за наявності мовних порушень;
 - психотерапії: автогенне тренування, за показаннями — групові або індивідуальні заняття.

У третю КРГ було залучено 47 (12,5%) хворих, у яких післяінсультні розлади були помірними або вираженими (NIHSS > 7 балів, 45 балів < IB < 75 балів, МШР — 3—4 бали); супутня патологія серця та цукровий діабет були відсутні; перебіг основного захворювання — інсульт стався вперше, в анамнезі відсутні вказівки на часті судинні (гіпертонічні, вестибілярні тощо) кризи — цим хворим було також показано лікування у реабілітаційному відділенні.

Завдання реабілітації: зменшення ступеня вираження рухових та інших післяінсультних порушень у ранній відновний період захворювання, психотерапевтична корекція і повне відновлення побутової активності.

Лікування передбачало застосування:

- медикаментозної терапії, спрямованої на поліпшення церебрального метаболізму в клітинах головного мозку, мікроциркуляції; симптоматичних препаратів (міорелаксанти, нейро- та психотропні засоби, анальгетики);
- лікувальної фізкультури: лікування положенням, індивідуальні заняття, навчання правильній ходьбі, механотерапія з використанням настільних тренажерів для кистей та пальців, спеціальних пристроїв для зниження м'язового тону, маятникових тренажерів;
- фізіотерапії: масаж сегментарних зон, вибіркового і точкового масажу паретичних кінцівок; процедури загального впливу на шийно-комірцеву зону для поліпшення мозкового кровообігу, вплив змінного або постійного магнітного поля, електрофорез судинних засобів, диференційоване призначення місцевих фізіопроцедур на паретичні кінцівки з урахуванням м'язового тону (при вираженому підвищенні його — теплові процедури, при помірному — поєднання їх з вибірковою електростимуляцією м'язів апаратом «Міотон»);
- пасивної кінезотерапії та обмеженої автомобілізації;
 - голкорексфлексотерапії, лазеропунктури;
 - занять з логопедом-афазіологом за наявності афатичних розладів;
 - психотерапії: індивідуальні або групові (комунікативна дискусія) заняття, автогенне тренування, психогімнастика;

- інших спеціальних методик лікування: спирт-новокаїнові блокади спастичних м'язів, прийоми функціонального біокерування тощо.

У четверту КРГ було залучено 44 (11,7%) хворих, у яких післяінсультні розлади були помірними або вираженими (NIHSS > 7 балів, 45 балів < IB < 75 балів, МШР — 3—4 бали); спостерігалася супутня соматична патологія — одне із захворювань або їх поєднання (ішемічна хвороба серця, хронічна коронарна недостатність I—II стадії, недостатність кровообігу IA стадії, нормокардична або брадикардична форма постійної фібриляції передсердь, одична екстрасистоля, атріовентрикулярна блокада не вище I ступеня, інфаркт міокарда в анамнезі (давність — більше 1 року), хронічне обструктивне захворювання легень II стадії, компенсований або субкомпенсований цукровий діабет 2 типу); перебіг основного захворювання — в анамнезі були вказівки на часті судинні церебральні кризи та минулі порушення мозкового кровообігу. Ця група хворих має відносні показання для стаціонарного лікування у відділенні реабілітації.

Завдання реабілітації: стабілізація перебігу основного судинного захворювання, адаптація до повсякденних побутових навантажень, зменшення ступеня вираження рухових та інших післяінсультних порушень, психотерапевтична корекція, повне відновлення побутової активності.

Лікування передбачало застосування:

- медикаментозної терапії: патогенетичні засоби (гіпотензивні препарати, які поліпшують коронарний кровообіг та метаболізм у серцевому м'язі, антиаритмічні, антидіабетичні засоби тощо), саногенетичні препарати (підвищують метаболізм і мікроциркуляцію в тканинах головного мозку), симптоматичні засоби (міорелаксанти, нейропсихотропні засоби, анальгетики);
- лікувальної фізкультури: лікування положенням, індивідуальні заняття, навчання правильній ходьбі; механотерапія з використанням настільних тренажерів для кистей та пальців, спеціальних пристроїв для зниження м'язового тону;
- фізіотерапії: масаж сегментарних зон, вибіркового і точкового масажу паретичних кінцівок, апаратна фізіотерапія (лише після адаптації хворого і стабілізації стану) — електрофорез судинних засобів на шийно-комірцеву зону з метою поліпшення мозкового кровообігу, тепло на паретичну кінцівку при підвищеному м'язовому тонусі, місцеві знеболювальні процедури при артралгіях.
- електростимуляції апаратом «Міотон» у мінімальних фізіотерапевтичних дозах лише після консультації з кардіологом та фізіотерапевтом;
- психотерапії: індивідуальні або групові (комунікативна дискусія) заняття, автогенне тренування, психогімнастика;
- інших спеціальних методик лікування: логопедичні заняття, спирт-новокаїнові блокади спастичних м'язів, голкорексфлексотерапія.

Таблиця 3
 Результати реабілітації хворих, які перенесли мозковий півкульний ішемічний інсульт, у ранній відновний період

Група	Наслідок			Разом
	Сприятливий	Відносно сприятливий	Летальний	
I	113 (89,0 %)	14 (11,0 %)	–	127 (33,9 %)
II	136 (87,2 %)	20 (12,8 %)	1 (0,6 %)	157 (41,9 %)
III	15 (31,9 %)	32 (68,1 %)	–	47 (12,5 %)
IV	13 (29,5 %)	31 (70,5 %)	–	44 (11,7 %)
Разом	277 (73,9 %)	97 (25,8 %)	1 (0,6 %)	375 (100,0 %)

Дані про результати реабілітації пацієнтів з МПІІ у чотирьох КРГ наведено у табл. 3.

У першій та другій групах частота сприятливого наслідку раннього відновного періоду МПІІ була статистично значущо більшою, ніж у третій та четвертій групах ($\chi^2 = 117,54$; $p < 0,01$).

До закінчення раннього відновного періоду МПІІ у другій КРГ у 4 (2,5 %) пацієнтів було зареєстровано повторний інсульт (1 (0,6 %) помер), у третій КРГ — у 2 (4,2 %). У четвертій КРГ в 1 (2,2 %) пацієнта виникла транзиторна ішемічна атака.

Унаслідок комплексних реабілітаційних заходів з 200 (53,3 %) хворих працездатного віку до праці було виписано 181 пацієнта (48,4 % від загальної кількості досліджуваних хворих (375), лише 19 (5,08 %) хворих залишилися непрацездатними. Ці результати є значно кращими, ніж середні по Україні.

Конфлікту інтересів немає.

Висновки

Розподіл хворих, які перенесли мозковий півкульний ішемічний інсульт, у ранній відновний період на клініко-реабілітаційні групи з використанням сучасних шкал дає змогу прогнозувати його наслідок, проводити програму соціальної, побутової і трудової адаптації хворих, впроваджувати сучасні патогенетично обґрунтовані лікувальні та реабілітаційні комплекси з диференційованим використанням методів і способів, які поліпшують результати лікування.

Найбільш сприятливий період для застосування реабілітаційних заходів у хворих, які перенесли мозковий півкульний ішемічний інсульт, — ранній відновний. Протягом перших 6 міс після інсульту бажано проведення двох курсів відновного лікування у спеціалізованому реабілітаційному відділенні.

Література

1. Волошин П. В., Марут Н. О. Основні напрямки наукових розробок в неврології, психіатрії та наркології в Україні // Укр. вісн. психоневрол. — 2017. — Т. 25, вип. 1 (90). — С. 10—18.
2. Дзяк Л. А., Зозуля О. А., Клігуненко Е. Н., Куц Е. А. Новые возможности мультимодальной фармакотерапии острого периода ишемического инсульта // Міжнар. неврол. журн. — 2015. — № 5. — С. 39—44.
3. Зозуля І. С., Зозуля А. І., Волосовець А. О. Деякі напрямки поліпшення надання медичної допомоги при мозковому інсульті // Укр. вісн. психоневрол. — 2017. — Т. 25, вип. 1. — С. 84—85.
4. Мищенко Т. С. Епидемиология цереброваскулярных заболеваний и организация помощи больным с мозговым инсультом в Украине // Укр. вісн. психоневрол. — 2017. — Т. 25, вип. 1 (90). — С. 22—24.
5. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями. Т. 2 / Под ред. А. Н. Беловой, О. Н. Щепетовой. — М.: Антидор, 1999. — С. 160—173.
6. Соколова Л. І., Довбонос Т. А., Шандюк В. Ю. Застосування сульфату магнію при ішемічному інсульті // Укр. неврол. журн. — 2015. — № 4. — С. 91—97.
7. Таважнянская Е. Л., Лапшина И. А., Соловьева Е. Т. Препарат мельдоний у пациентов с ишемическим инсультом в раннем восстановительном периоде // Міжнар. неврол. журн. — 2017. — № 6 (92). — С. 47—50.
8. Caso V., van der Worp H. B., Fischer U. European Stroke Organizational Report // Stroke. — 2017. — Vol. 13. doi: 10.1161/STROKEAHA.117.016050.
9. Harris J., Sutton C., Tishkovskaya S. et al. Repetitive Task Training for Improving Functional Ability After Stroke: A Major Update of a Cochrane Review // Stroke. — 2017. — Vol. 48. — P. e102—e103. doi: 10.1161/STROKEAHA.117.016503
10. Lahiff-Jenkins C. We invite you to comment: The WSO Stroke-Research Committee research recommendations relevant to the WSOmission for stroke treatment, prevention and recovery. World StrokeOrganization Blogspot [web page]. 2014. Available at: <http://worldstrokeorganization.blogspot.com.au/2014/12/we-invite-you-to-comment-wso-stroke.html> (accessed December 2014).

С. А. МЕДВЕДКОВА

Запорожский государственный медицинский университет

Реабилитационные мероприятия у больных с мозговым полушарным ишемическим инсультом в ранний восстановительный период

Цель — усовершенствовать лечебно-реабилитационные мероприятия у больных, перенесших мозговой полушарный ишемический инсульт, путем распределения их на клиничко-реабилитационные группы с использованием современных шкал для дифференцированного подхода к восстановительному лечению.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование с использованием шкалы NIHSS, индекса Бартел (ИБ), модифицированной шкалы Рэнкина (МШР) на 10, 30, 90 и 180-е сутки заболевания и компьютерной томографии головного мозга, а также реабилитационное лечение 375 больных (270 мужчин и 105 женщин, средний возраст — $58,36 \pm 0,42$ года), которые перенесли мозговой полушарный ишемический инсульт и находились в раннем восстановительном периоде заболевания. Пациентов распределили на четыре группы. В первую группу вошли 127 (33,9%) больных с легкой степенью постинсультных расстройств (NIHSS ≤ 7 баллов, ИБ > 75 баллов, МШР — 1—2 балла) без сопутствующей патологии, во вторую группу — 157 (41,9%) больных с легкой степенью постинсультных расстройств (NIHSS ≤ 7 баллов, ИБ > 75 баллов, МШР — 1—2 балла) и сопутствующей соматической патологией, в третью группу — 47 (12,5%) больных с умеренными и выраженными постинсультными расстройствами (NIHSS > 7 баллов, 45 баллов $< ИБ < 75$ баллов, МШР — 3—4 балла) без сопутствующей патологии, в четвертую группу — 44 (11,7%) больных с умеренными и выраженными постинсультными расстройствами (NIHSS > 7 баллов, 45 баллов $< ИБ < 75$ баллов, МШР — 3—4 балла) и сопутствующей соматической патологией.

Результаты. У больных первой группы благоприятный исход наблюдали у 113 (89,0%) пациентов, относительно благоприятный — у 14 (11,0%), во второй группе — соответственно у 136 (87,2%) и 20 (12,8%), в третьей группе — у 15 (31,9%) и 32 (68,1%), в четвертой группе — у 13 (29,5%) и 31 (70,5%).

Выводы. Распределение больных, перенесших мозговой полушарный ишемический инсульт, в ранний восстановительный период на клиничко-реабилитационные группы с использованием современных шкал позволяет прогнозировать его исход, проводить программу социальной, бытовой и трудовой адаптации больных, внедрять современные патогенетически обоснованные лечебные и реабилитационные комплексы с дифференцированным использованием методов и способов, улучшающих результаты лечения.

Ключевые слова: ишемический инсульт, клиничко-реабилитационные группы, комплексные реабилитационные мероприятия.

S. O. MEDVEDKOVA

Zaporizhzhia State Medical University

Rehabilitation measures among the patients with cerebral ischemic hemispheric stroke in early recovery period

Objective — to improve the therapeutic and rehabilitation measures in patients who have undergone cerebral ischemic hemispheric stroke by dividing them into clinic and rehabilitation groups, using modern scales, for a differentiated approach to rehabilitation.

Methods and subjects. We have done a complex research and rehabilitation treatment for 375 patients (270 men and 105 women, the average age is 58.36 ± 0.42 years), after cerebral ischemic hemispheric stroke and they were in early recovery period of disease, using computed tomography of the brain, NIHSS, IB, mRS on the 10th, 30th, 90th and 180th day of disease. Statistical analysis was done using descriptive statistics methods. The presence of the relationship between qualitative features was evaluated by the Pearson chi-square test. Patients were distributed into 4 groups. 127 patients (33.9%) with CIHS were included in the first clinic-rehabilitation group where the degree of severity of post-stroke disorders was mild (state by scales NIHSS ≤ 7 points, BI > 75 points, mRS 1—2 points); concomitant pathology was absent. The second clinic-rehabilitation group consisted of 157 patients (41.9%), the degree of severe of post-stroke disorders was mild; (state by the scales: (NIHSS ≤ 7 points, BI > 75 points, mRS 1—2 points), concomitant somatic pathology was presented. The third CRG included 47 patients (12.5%) with CIHS, where the severity of post-stroke disorders was moderate and severe (state by scales: NIHSS > 7 points, BI > 45 , but < 75 points, mRS 3—4 points); concomitant pathology was absent. The fourth clinical and rehabilitation group included 44 patients (11.7%), where the degree the severity of post-stroke disorders was moderate and severe (state on scales: NIHSS > 7 points, BI > 45 , but < 75 points, mRS 3—4 points); concomitant somatic pathology was presented.

Results. The results of treatment among the patients of the first CRG were following: favorable outcome was in 113 patients (89.0%), relatively favorable one was only in 14 (11.0%); the second CRG: a favorable outcome was in 136 patients (87.2%), relatively favorable one was in 20 (12.8%); the third CRG: favorable outcome — in 15 patients (31.9%), relatively favorable one — in 32 (68.1%); the fourth CRG: favorable outcome — in 13 patients (29.5%), relatively favorable one — in 31 (70.5%).

Conclusions. Differentiated application of rehabilitation measures in patients with CIHS with their division into the CRG, using modern scales, in the early recovery period allows to predict its output, to carry out a program of social, domestic and labor adaptation of patients, to introduce modern pathogenetically grounded medical and rehabilitation complexes with use of various ways and methods that improve the results of treatment.

Key words: ischemic stroke, clinical and rehabilitation groups, complex rehabilitation measures.