



С. О. МЕДВЕДКОВА, А. О. ДРОНОВА

Запорізький державний медичний університет

## Динаміка показників якості життя у хворих на геморагічний півкульовий інсульт у ранній відновний період захворювання

**Мета** — вивчити показники якості життя із застосуванням опитувальника SF-36v2 у пацієнтів із геморагічним півкульовим інсультом (ГПІ) у ранній відновний період захворювання у динаміці та виявити чинники, які впливають на ці показники.

**Матеріали і методи.** У клініці нервових хвороб Запорізького державного медичного університету проведено відкрите когортне спостереження 46 пацієнтів з ГПІ у відновний період захворювання. Серед пацієнтів був 31 (67,4%) чоловік та 15 (32,6%) жінок. Середній вік хворих становив  $(57,15 \pm 9,53)$  року. Пацієнтам проведено комплексне обстеження на 30, 90 і 180-ту добу ГПІ з оцінкою тяжкості стану за шкалою інсульту Національних Інститутів здоров'я США (NIHSS), ступеня функціонального відновлення та інвалідизації за модифікованою шкалою Ренкіна (mRS), можливостей побутових навичок і самообслуговування за індексом Бартел (BI), наявності спастичних виявів у м'язах верхніх та нижніх кінцівок та якості життя за опитувальником SF-36v2 HealthSurvey.

**Результати.** На 30-ту добу захворювання у пацієнтів з ГПІ зареєстровано значне зниження всіх показників якості життя за опитувальником SF-36v2. Найбільшою мірою були знижені показники фізичного функціонування, рольового функціонування, зумовленого фізичним станом, та соціального функціонування. Відзначено статистично значуще поліпшення фізичного та психічного компонентів здоров'я протягом раннього відновного періоду.

**Висновки.** Виявлено статистично значущий кореляційний зв'язок між оцінками за NIHSS, mRS, BI та всіма показниками якості життя за SF-36v2, окрім інтенсивності болю, на 30-ту добу захворювання. Встановлено статистично значущий вплив наявності виявів спастичності на фізичний компонент здоров'я впродовж раннього відновного періоду, а також на показник інтенсивності болю на 30-ту добу захворювання.

**Ключові слова:** геморагічний інсульт, відновний період, реабілітація, якість життя.

Інсульт є другою за частотою причиною смерті та основною причиною інвалідності у світі. Тягар інсульту значно зріс за останні декілька десятиліть унаслідок збільшення чисельності населення та його старіння, а також унаслідок збільшення поширеності модифікованих чинників ризику інсульту, особливо в країнах з низьким та середнім рівнем доходу. [1, 3, 11]. Кількість пацієнтів, які потребуватимуть допомоги клініцистів з досвідом щодо неврологічних станів, продовжуватиме зростати в найближчі десятиліття [7, 10].

Хоча ішемічний інсульт трапляється частіше (75—80%), геморагічний інсульт є причиною більшої кількості смертей та втрачених років життя з урахуванням інвалідності [12]. Захворюваність і смертність від інсульту відрізняються у різних країнах, географічних регіонах та етнічних групах. У країнах з високим рівнем доходу вдосконалення профілактики, гострого лікування та нейрореабілітації сприяли значному зменшенню проблем, пов'язаних з інсультом, за останні 30 років. Питанням розробки ефективних лікувальних і реабілітаційних заходів для хворих, котрі перенесли інсульт, присвячено багато праць [4, 8, 15, 18].

Основною метою нейрореабілітації хворих, які перенесли інсульт, є досягнення повного відновлення

порушених унаслідок інсульту функцій або оптимальна реалізація фізичного, психічного і соціального потенціалу особи з інвалідністю, найадекватніша інтеграція її у суспільство, профілактика ускладнень гострого та відновного періодів, а також повторного захворювання (переважно повторних інсультів) [2, 6, 10, 14].

Одним з важливих питань, яке широко обговорюється в сучасній літературі, є оцінка ефективності нейрореабілітації. Необхідно правильно оцінити рівень наслідків хвороби для того, щоб розробити адекватну реабілітаційну програму. Останніми роками в реабілітології застосовують поняття «якість життя, пов'язана зі здоров'ям». Деякі автори вважають, що саме на цей показник треба орієнтуватися при оцінці ефективності реабілітації хворих, а також при визначенні подальшої тактики ведення хворого та пріоритетних напрямів його відновлення [5, 9, 17].

Серед загальної когорти церебральних інсультів геморагічний тип є менш вивченим та висвітленим у вітчизняних та міжнародних працях, хоча він уражує молодше населення та зазвичай пов'язаний з більшою кількістю наслідків.

Показники якості життя хворих у реабілітаційний період геморагічного інсульту вивчено недостатньо [13, 19].

**Мета роботи** — вивчити показники якості життя із застосуванням опитувальника SF-36v2 у пацієнтів із геморагічним півкульовим інсультом у ранній відновний період захворювання у динаміці та виявити чинники, які впливають на ці показники.

### Матеріали і методи

У клініці нервових хвороб Запорізького державного медичного університету проведено відкрите когортне спостереження 46 пацієнтів з геморагічним півкульовим інсультом (ГПІ) у відновний період захворювання. Серед пацієнтів був 31 (67,4%) чоловік та 15 (32,6%) жінок. Середній вік хворих становив  $(57,15 \pm 9,53)$  року.

У 29 (63,05%) пацієнтів вогнище ураження локалізувалося в домінантній півкулі, у 17 (36,95%) — у субдомінантній.

Усім пацієнтам проведено комплексне клініко-неврологічне обстеження за спеціально розробленим протоколом із застосуванням сучасних шкал на 30, 90 і 180-ту добу ГПІ:

- оцінка тяжкості стану хворих за шкалою інсульту Національних Інститутів здоров'я США (National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS));
- оцінка ступеня функціонального відновлення та інвалідизації за модифікованою шкалою Ренкіна (Modified Rankin Scale (mRS));
- оцінка можливостей побутових навичок і самообслуговування за допомогою індексу Бартел (Barthel ADL Index (BI));
- наявність спастичних виявів у м'язах верхніх та нижніх кінцівок (Modified Ashworth Scale (MAS));
- оцінка якості життя за опитувальником SF-36v2 Health Survey.

Інтерпретація результатів обстеження за зазначеними шкалами:

- для mRS оцінку 1 та 2 бали вважали сприятливим прогнозом, 3 бали — відносно сприятливим, 4 бали — несприятливим;
- для BI повна незалежність у самообслуговуванні відповідала 100 балам, легка залежність — 90—95 балам, помірна залежність — 65—85 балам, виражена залежність від сторонньої допомоги — 25—60 балам;
- оцінювали від 0 до 100 балів (відповідає повному благополуччю) вісім показників якості життя за опитувальником SF-36v2 (фізичне функціонування (PF), рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (RP), інтенсивність болю (BP), загальний стан здоров'я (GH), життєва активність (VT), соціальне функціонування (SF), рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (RE), психічне здоров'я (MH)), а також два загальні показники — фізичний компонент здоров'я (PHS) і психічний компонент здоров'я (MHS).

Критерії залучення в дослідження: діагноз ГПІ, підтверджений комп'ютерно-томографічним (КТ) дослідженням на початку захворювання; рекомендоване консервативне лікування за результатами консультації нейрохірурга; добровільно підписана інформована згода на участь у дослідженні.

До дослідження не залучали пацієнтів з повторними інсультами, хворих з двома вогнищами ураження та більше, пацієнтів з онкологічною патологією, наявністю соматичної патології у стані декомпенсації, зловживанням алкоголем, наявністю в анамнезі черепно-мозкової травми.

Усі пацієнти за період спостереження двічі проходили курси комплексного реабілітаційного лікування тривалістю 21 день із застосуванням таких методів:

- медикоментозна терапія: патогенетичні засоби (гіпотензивні, препарати, які поліпшують коронарний кровотік та метаболізм у серцевому м'язі, антиаритмічні, протидіабетичні), препарати, котрі підвищують метаболізм і мікроциркуляцію у тканинах головного мозку, симптоматичні засоби (міорелаксанти, анальгетики, нейро-психотропні засоби тощо);
- лікувальна фізкультура;
- фізіотерапія (масаж, апаратна фізіотерапія — електрофорез, електростимуляція, магнітотерапія тощо);
- психотерапія;
- логопедична корекція (за показаннями).

Статистичну обробку даних проводили з використанням програми «Statistica 13.0» (StatSoftInc., № JPZ8041382130ARCN10-J) і методів непараметричної статистики з розрахунком коефіцієнта кореляції Спірмена, критерію Вілкоксона, проведенням регресійного аналізу. Отримані результати вважали статистично значущими за умови  $p < 0,05$ . Дані наведено у вигляді медіани та міжквартильного інтервалу (Me (Q25; Q75)).

## Результати та обговорення

При обстеженні хворих із ГПІ на 30-ту добу захворювання оцінка за NIHSS становила 8 (5; 10) балів, за mRS — 3 (2; 3) бали, за BI—75 (65; 90) балів. У 21 (45,65 %) хворого мали місце вияви підвищеного м'язового тону в уражених кінцівках за спастичним типом.

За даними опитувальника SF-36v2 у всіх пацієнтів виявлено суттєве зниження за всіма шкалами. Оцінка фізичного компонента здоров'я становила 33,36 (30,12; 41,12) бала, психічного компонента — 33,31 (28,02; 38,46) бала. Найбільшою мірою були знижені показники шкал фізичного функціонування (20 (5; 50) балів), рольового функціонування, зумовленого фізичною активністю (25 (0; 50) балів), та соціального функціонування (25 (25; 50) балів). Це вказує на те, що на 30-ту добу захворювання зниження якості життя було спричинено переважно руховим дефіцитом.

На 90-ту добу захворювання оцінка за NIHSS порівняно з 30-ю добою статистично значущо ( $p < 0,05$ ) знизилася, а на 180-ту добу була статистично значущо ( $p < 0,05$ ) нижча за показник на 90-ту добу (табл. 1). Статистично значущо ( $p < 0,05$ ) поліпшення стану пацієнтів відзначено також за mRS та BI на 180-ту добу порівняно з показниками на 30-ту і 90-ту добу.

Упродовж раннього відновного періоду спостерігали статистично значущо ( $p < 0,05$ ) поліпшення показників фізичного функціонування, рольового функціонування, зумовленого фізичним станом, соціального функціонування, рольового функціонування, зумовленого емоційним станом, психічного здоров'я, а також обох загальних компонентів

здоров'я (фізичного та психічного). Спостерігали лише тенденції до поліпшення показників за шкалами інтенсивності болю, загального стану здоров'я та життєвої активності.

За оцінкою показників якості життя за SF-36v2 встановлено статистично значуще ( $p < 0,05$ ) підвищення показників фізичного компонента здоров'я в період з 30-ї до 90-ї доби, тоді як у період з 90-ї до 180-ї доби відзначено лише тенденцію до поліпшення (рисунок). Статистично значущо ( $p < 0,05$ ) підвищення показників психічного компонента здоров'я відбувалось у період з 90-ї до 180-ї доби, тоді як у період з 30-ї до 90-ї доби зафіксовано лише тенденції до поліпшення.

Наприкінці раннього відновного періоду найбільшою мірою були знижені показники загального стану здоров'я (40 (35; 50) балів), психічного здоров'я (44 (32; 57) бали) та життєвої активності (45 (40; 55) балів).

За даними кореляційного аналізу виявлено статистично значущий вплив віку пацієнтів на інтенсивність болю на 30-ту добу захворювання ( $p < 0,05$ ), який при подальшому спостереженні нівелювався.

На 30-ту добу захворювання всі показники якості життя, окрім інтенсивності болю, корелювали з тяжкістю неврологічного дефіциту за NIHSS, ступенем функціональної активності за mRS та рівнем самообслуговування за BI ( $p < 0,05$ ). На 90-ту добу захворювання оцінка за NIHSS, mRS та BI не мала статистично значущого впливу не лише на показник інтенсивності болю, а і на показник психічного здоров'я та психічний компонент здоров'я в цілому. Показники загального стану здоров'я та життєвої

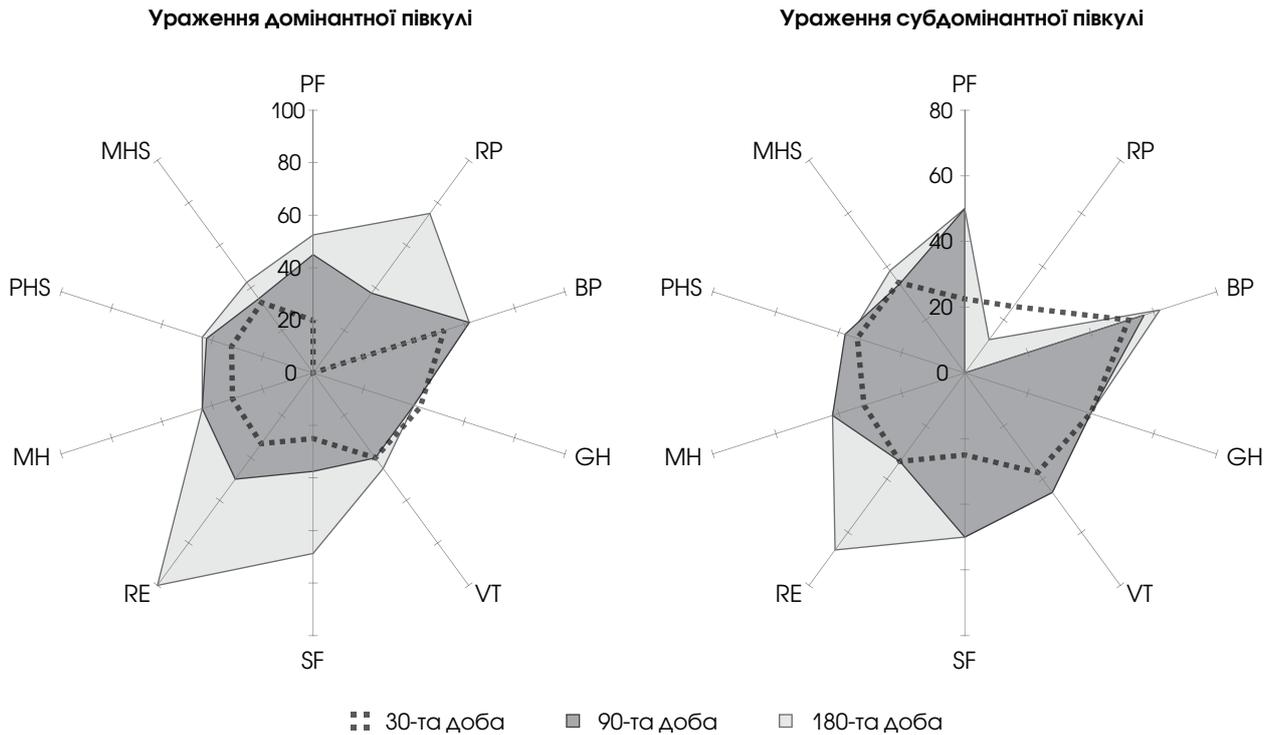
Таблиця 1

## Динаміка показників NIHSS, mRS, BI та SF-36v2 у пацієнтів із геморагічним півкульовим інсультом (Me (Q25; Q75))

Показник	30-та доба	90-та доба	180-та доба
Вік, роки	58 (51,25; 63,00)		
NIHSS, бал	8 (5; 10)	6 (4; 8)*	5 (3; 7)#
mRS, бал	3 (2; 3)	2 (2; 3)*	2 (2; 2)*
BI, бал	75 (65; 90)	90 (85; 95)*	95 (95; 100)#
PF	20 (5; 50)	47,5 (25; 65)*	53,09 (35,00; 68,75)#
RP	25 (0; 50)	25 (0; 75)	50 (25,00; 93,75)*
BP	52 (41; 100)	62 (44,25; 100,00)	62 (41; 100)
GH	40 (35,00; 53,75)	40 (31,25; 50,00)	40 (35; 50)
VT	40 (30; 45)	45 (40,00; 58,75)	45 (40; 55)
SF	25 (25; 50)	37,5 (25; 75)	62,5 (37,5; 75,0)*
RE	33,33 (33,33; 66,67)	33,33 (8,33; 66,67)	66,67 (66,67; 100,00)*
MH	32 (24; 51)	44 (32; 48)	44 (32; 57)*
PHS	33,36 (30,12; 41,12)	38,66 (33,51; 44,42)*	39,26 (33,02; 45,50)*
MHS	33,31 (28,02; 38,46)	34,19 (31,62; 40,04)	40,74 (36,53; 47,04)*

\*Статистично значуще поліпшення показника щодо 30-ї доби ( $p < 0,05$ ).

# Статистично значуще поліпшення показника щодо 90-ї доби ( $p < 0,05$ ).



**Рисунок.** Динаміка показників якості життя за опитувальником SF-36v2 у пацієнтів з ураженням домінуючої та субдомінуючої півкулі

Таблиця 2

Результати кореляційного аналізу показників SF-36v2 залежно від рівня неврологічного дефіциту (NIHSS), ступеня функціонального відновлення та інвалідизації за mRS і рівня самообслуговування (BI)

Показник SF-36v2	NIHSS			mRS			BI		
	30-та доба	90-та доба	180-та доба	30-та доба	90-та доба	180-та доба	30-та доба	90-та доба	180-та доба
PF	-0,582829*	-0,681954*	-0,584282*	-0,497235*	-0,540598*	-0,478668*	0,613101*	0,649605*	0,486964*
RP	-0,575388*	-0,505828*	-0,209470	-0,614188*	-0,449720*	-0,267169	0,601985*	0,457471*	0,167220
BP	-0,175531	-0,285030	-0,135510	-0,169481	-0,247810	-0,175866	0,196136	0,246970	0,090387
GH	-0,481425*	-0,432002*	-0,349968*	-0,574907*	-0,212435	-0,125271	0,442218*	0,439341*	0,211389
VT	-0,484271*	-0,328585*	-0,121339	-0,492910*	-0,188609	-0,022503	0,415317*	0,355036*	0,033084
SF	-0,577401*	-0,590370	-0,286459	-0,562621*	-0,434598*	-0,227629	0,547699*	0,576483*	0,270568
RE	-0,496307*	-0,429069*	-0,152410	-0,473847*	-0,411095*	-0,202301	0,500854*	0,390245*	0,121928
MH	-0,568901*	-0,233574	-0,338519*	-0,559417*	-0,088383	-0,349263*	0,483589*	0,231171	0,345403*
PHS	-0,453106*	-0,660454*	-0,550759*	-0,408014*	-0,524399*	-0,528231*	0,487180*	0,652809*	0,424078*
MHS	-0,575047*	-0,286433	-0,148332	-0,572737*	-0,217416	-0,173580	0,494360*	0,239781	0,148889

\*  $p < 0,05$ .

активності не корелювали з рівнем функціональної активності за mRS (табл. 2).

При оцінці на 180-ту добу виявлено кореляційний зв'язок між оцінками за NIHSS, mRS, BI та показниками фізичного функціонування, психічного здоров'я і фізичним компонентом здоров'я. Кореляційний зв'язок між рівнем неврологічного дефіциту та загальним станом здоров'я зафіксовано в усі терміни спостереження ( $p < 0,05$ ).

Не виявлено статистично значущої різниці за показниками якості життя між пацієнтами з ураженням домінантної та субдомінантної півкулі на 30-ту добу захворювання. Однак на 90-ту добу захворювання показник рольового функціонування, зумовлений емоційним станом, у пацієнтів з ураженням субдомінантної півкулі був статистично значущо ( $p < 0,05$ ) нижчим, ніж у пацієнтів з ураженням домінантної півкулі. Таку саму залежність виявлено на 180-ту добу (див. рисунок). Крім того, на 180-ту добу захворювання відзначено статистично значущий вплив локалізації вогнища ураження на показник рольового функціонування, зумовлений фізичним станом: у пацієнтів з ураженням субдомінантної півкулі він був статистично значущо ( $p < 0,05$ ) нижчим.

Упродовж усього періоду дослідження спостерігали тенденції до нижчих показників якості життя у пацієнтів з ураженням субдомінантної півкулі, тоді як рівень неврологічного дефіциту за NIHSS був приблизно однаковим з тенденцією до підвищення у групі пацієнтів з ураженням домінантної півкулі.

Установлено статистично значущий вплив наявності підвищеного м'язового тону в уражених кінцівках у пацієнтів з ГПІ на показник фізичного компонента здоров'я впродовж усього періоду спостереження ( $p < 0,05$ ). У пацієнтів з виявами спастичності у кінцівках на 30-ту добу захворювання був статистично значущо ( $p < 0,05$ ) нижчим показник інтенсивності болю, що вказує на те, що больові вияви більшою мірою заважали їм у повсякденному житті та впливали на його якість. На 90-ту добу статистично значущого впливу не виявлено, хоча зберігалися певні тенденції. Така сама ситуація спостерігалась і на 180-ту добу.

Таким чином, за результатами проведеного нами дослідження встановлено, що на 30-ту добу захворювання у хворих з ГПІ мало місце значне

зниження всіх показників якості життя за опитувальником SF-36v2. Найбільшою мірою були знижені показники фізичного функціонування, рольового функціонування, зумовленого фізичним станом, та соціального функціонування.

Виявлено статистично значуще поліпшення фізичного та психічного компонентів здоров'я протягом раннього відновного періоду, а також показників фізичного функціонування, рольового функціонування, зумовленого фізичним станом, соціального функціонування, рольового функціонування, зумовленого емоційним станом, психічного здоров'я. Статистично значущого поліпшення показників інтенсивності болю, загального стану здоров'я та життєвої активності не спостерігали. Відзначено статистично значущий вплив віку пацієнтів на інтенсивність болю на 30-ту добу захворювання.

### Висновки

Виявлено статистично значущий кореляційний зв'язок між тяжкістю неврологічного дефіциту за NIHSS, ступенем функціональної активності за mRS, рівнем самообслуговування за BI та всіма показниками якості життя за SF-36v2, окрім інтенсивності болю, на 30-ту добу захворювання. Однак при подальшому спостереженні цей зв'язок зменшувався і на 180-ту добу статистично значущий вплив зафіксовано лише на показники фізичного функціонування, психічного здоров'я та фізичний компонент здоров'я.

На 30-ту добу захворювання не підтверджено статистично значущий вплив локалізації вогнища ураження на показники якості життя пацієнтів з ГПІ, але на 90-ту добу зафіксовано статистично значущо нижчий показник рольового функціонування, зумовлений емоційним станом, у пацієнтів з ураженням субдомінантної півкулі. На 180-ту добу у цих пацієнтів виявлено нижчі оцінки за обома шкалами рольового функціонування (зумовленого фізичним та емоційним станом).

Виявлено статистично значущий вплив наявності виявів спастичності на фізичний компонент здоров'я впродовж раннього відновного періоду у пацієнтів з ГПІ, а також на показник інтенсивності болю на 30-ту добу захворювання.

*Конфлікту інтересів немає.*

*Участь авторів: концепція і дизайн дослідження, редагування — С. М.; збір та опрацювання матеріалу, написання тексту — А. Д.*

### Література

- Campbell B., Khatri P. Stroke // Lancet. — 2020. — Vol. 396. — P. 129—142. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31179-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31179-X).
- Chen X., Liu F., Yan Z. et al. Therapeutic effects of sensory input training on motor function rehabilitation after stroke // Medicine (Baltimore). — 2018. — Vol. 48. — e13387. doi: 10.1097/MD.00000000000013387.
- Christensen M. C., Mayer S., Ferran J.-M. Quality of life after intracerebral hemorrhage: results of the Factor Seven for Acute Hemorrhagic Stroke (FAST) trial // Stroke. — 2009. — Vol. 40(5). — P. 1677—1682. doi: 10.1161/STROKEAHA.108.538967.
- Cumming T. B., Churilov L. et al. Early mobilization and quality of life after stroke: Findings from AVERT // Neurology. — 2019. — Vol. 93(7). — P. e717—e728.

5. Ezeugwu V.E., Manns P.J. Sleep duration, sedentary behavior, physical activity, and quality of life after inpatient stroke rehabilitation // *J. Stroke Cerebrovasc. Dis.* — 2017. — Vol. 26(9). — P. 2004—2012.
6. Fryer C.E., Luker J.A., McDonnell M.N., Hillier S.L. Self management programmes for quality of life in people with stroke // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2016. — N 8. — CD010442. doi: 10.1002/14651858.CD010442.pub2.
7. GBD 2015 Neurological Disorders Collaborator Group. Global, regional, and national burden of neurological disorders during 1990—2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 // *Lancet.* — Neurol. — 2017. — Vol. 16(11). — P. 877—897. doi: 10.1016/S1474-4422(17)30299-5.
8. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Health care Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association // *Stroke.* — 2016. — Vol. 47(6). — P. 98—169. doi: 10.1161/STR.0000000000000098.
9. Guiu-Tula F.X., Cabanas-Valdés R., Sitjà-Rabert M., Urrútia G., Gómara-Toldrà N. The Efficacy of the proprioceptive neuromuscular facilitation (PNF) approach in stroke rehabilitation to improve basic activities of daily living and quality of life: a systematic review and meta-analysis protocol // *BMJ. Open.* — 2017. — N 7(12). — e016739. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016739.
10. Han P., Zhang W., Kang L. et al. Clinical evidence of exercise benefits for stroke // *AdvExp. Med. Biol.* — 2017. — N 1000. — P. 131—151. doi: 10.1007/978-981-10-4304-8\_9.
11. Katan M., Luft A. Global Burden of Stroke // *Seminars in Neurology.* — 2018. — Vol. 38(2). — P. 208—211.
12. Koziolkin O.A., Kuznietsov A.A. Electroencephalographic criteria of the prognosis of the functional outcome of the acute period of spontaneous supratentorial intracerebral hemorrhage // *Zaporozhye Medical Journal.* — 2020. — Vol. 22, N 5. — P. 604—610.
13. Koziolkin O.A., Medvedkova S.O., Shevchenko L.A. et al. Efficiency of medical and physical rehabilitation in patients who suffered from cerebral ischemic stroke // *Patologia.* — 2019. — Vol. 16, N 2(46). — P. 200—206. doi: 10.14739/2310-1237.2019.2.177125.
14. Langhorne P., Wu O., Rodgers H., Ashburn A., Bernhardt J. A Very Early Rehabilitation Trial after stroke (AVERT): a Phase III, multi-centre, randomised controlled trial // *Health Technol Assess.* — 2017. — Vol. 21(54). — P. 1—120. doi: 10.3310/hta21540.
15. Lewthwaite R., Winstein C.J., Lane C.J. et al. Accelerating stroke recovery: body structures and functions, activities, participation, and quality of life outcomes from a large rehabilitation trial // *Neurorehabil Neural Repair.* — 2018. — Vol. 32(2). — P. 150—165. doi: 10.1177/1545968318760726.
16. Pedersen S.G., Anke A., Aadal L. et al. Experiences of quality of life the first year after stroke in Denmark and Norway. A qualitative analysis // *Int. J. Qual Stud Health Well-being.* — 2019. — Vol. 14(1). — P. 1659540. doi: 10.1080/17482631.2019.1659540.
17. Schinwelski M.J., Sitek E.J., Wąż P., Sławek J.W. Prevalence and predictors of post-stroke spasticity and its impact on daily living and quality of life // *Neurol. Neurochir Pol.* — 2019. — Vol. 53(6). — P. 449—457. doi: 10.5603/PJNNS.a2019.0067.
18. Stinear C.M., Lang C.E., Zeiler S., Byblow W.D. Advances and challenges in stroke rehabilitation // *Lancet.* — Neurol. — 2020. — Vol. 19(4). — P. 348—360. doi: 10.1016/S1474-4422(19)30415-6.
19. Unibaso-Markaida I., Iruargi I., Ortiz-Marqués N., Martínez-Rodríguez S. Degree of functionality and perception of health-related quality of life in people with moderate stroke: differences between ischemic and hemorrhagic typology // *Behav Neurol.* — 2019. — P. 3405696. doi: 10.1155/2019/3405696.

С. А. МЕДВЕДКОВА, А. А. ДРОНОВА

Запорожский государственный медицинский университет

## Динамика показателей качества жизни у больных с геморрагическим полушарным инсультом в ранний восстановительный период заболевания

**Цель** — изучить показатели качества жизни с применением опросника SF-36v2 у пациентов с геморрагическим полушарным инсультом (ГПИ) в ранний восстановительный период заболевания в динамике и выявить факторы, влияющие на эти показатели.

**Материалы и методы.** В клинике нервных болезней Запорожского государственного медицинского университета проведено открытое когортное наблюдение 46 пациентов с ГПИ в восстановительный период заболевания. Среди пациентов был 31 (67,4%) мужчина и 15 (32,6%) женщин. Средний возраст больных составил  $(57,15 \pm 9,53)$  года. Пациентам проведено комплексное обследование на 30, 90 и 180-е сутки ГПИ с оценкой тяжести состояния по шкале инсульта Национальных институтов здоровья США (NIHSS), степени функционального восстановления и инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина (mRS), возможностей бытовых навыков и самообслуживания по индексу Бартел (BI), наличия спастических проявлений в мышцах верхних и нижних конечностей и качества жизни по опроснику SF-36v2 HealthSurvey.

**Результаты.** На 30-е сутки заболевания у пациентов с ГПИ зарегистрировано значительное снижение всех показателей качества жизни по опроснику SF-36v2. В наибольшей степени были снижены показатели физического функционирования, ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, и социального функционирования. Отмечено статистически значимое улучшение физического и психического компонентов здоровья в течение раннего восстановительного периода.

**Выводы.** Выявлена статистически значимая корреляционная связь между оценками по NIHSS, mRS, BI и всеми показателями качества жизни по SF-36v2, кроме интенсивности боли на 30-е сутки заболевания. Установлено статистически значимое влияние наличия проявлений спастичности на физический компонент здоровья в течение раннего восстановительного периода, а также на показатель интенсивности боли на 30-е сутки заболевания.

**Ключевые слова:** геморрагический инсульт, восстановительный период, реабилитация, качество жизни.

S. O. MEDVEDKOVA, A. O. DRONOVA  
Zaporizhzhya State Medical University

## Dynamics of quality of life indicators of patients with hemorrhagic hemisphere stroke at the early recovery period of the disease

**Objective** — to investigate the indicators of the quality of life in patients suffering from a hemorrhagic hemispherestroke in the early recovery period in dynamics using SF-36v2 questionnaire and to reveal the factors which affect these indicators.

**Methods and subjects.** An open-label, cohort study of 46 patients suffering from a hemorrhagic hemispherestroke (HHS) in the early recovery period was performed in ZSMU nervous diseases clinic. Among the patients there were 31 (67.4%) men and 15 (32.6%) women. The average age of the patients was  $57.15 \pm 9.53$  years. The patients underwent comprehensive investigation of HHS on the 30th, 90th, and 180th day of the disease using the following scales: National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) to objectively evaluate the condition severity; Modified Rankin Scale (mRS) to assess the rate of functional recuperation and disability; Barthel Index (BI) to evaluate the possibility of everyday skills and self-care; Motor Assessment Scale (MAS) to indicate the muscle spasticity in the upper and lower limbs; quality of life assessment according to the SF-36v2 Health Survey questionnaire.

**Results.** The study found that significant decrease of all life quality indicators, evaluated on SF-36v2 scale, was observed on the 30th day of HHS patients. The physical functioning, the physical role functioning, and the social role functioning section scores were the most decreased. A reliable improvement of the physical and mental part of health during the early recovery period was observed.

**Conclusions.** A statistically significant correlation was found between the NIHSS, mRS, BI scores and all quality of life indicators according to SF-36v2, except for the intensity of pain on the 30th day of the disease. A statistically significant effect of the presence of manifestations of spasticity on the physical component of health during the early recovery period, as well as on the indicator of pain intensity on the 30th day of the disease, was established.

**Key words:** hemorrhagic stroke, recovery period, rehabilitation, quality of life.

### ДЛЯ ЦИТУВАННЯ

- Медведкова С. О., Дронова А. О. Динаміка показників якості життя у хворих на геморагічний півкульовий інсульт у ранній відновний період захворювання // Український неврологічний журнал. — 2021. — № 1—2. — С. 12—18. <http://doi.org/10.30978/UNJ2021-1-2-12>.
- Medvedkova SO, Dronova AO. Dynamics of quality of life indicators of patients with hemorrhagic hemisphere stroke at the early recovery period of the disease (in Ukrainian). Ukrainian Neurological Journal. 2021;1-2:12-18. <http://doi.org/10.30978/UNJ2021-1-2-12>.