

Мищенко В. К., Мищенко В. М., Шамун Каміль Еліас Антон

*Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків),
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків),
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна (м. Харків)*

Відновлення рухових порушень у хворих, що перенесли мозковий ішемічний інсульт

Однією з найбільш значущих проблем сучасної медицини є мозковий інсульт (МІ). Щорічна захворюваність на МІ становить близько 17 млн людей у світі, а найвища захворюваність реєструється у країнах, що розвиваються. За даними ВООЗ, смертність від інсульту щороку становить близько 7 млн людей. Соціально значущою проблему МІ робить ні тільки факт високого показника смертності, але і також висока інвалідизація внаслідок нього. Близько 60 % постінсультних хворих страждають від рухових порушень. Результати багатьох досліджень свідчать, що найбільш поширеними руховими порушеннями у цих хворих є парез верхніх та нижніх кінцівок (геміпарез, тетрапарез), атаксія, порушення праксису тіла та інші. В побутовій діяльності внаслідок таких порушень у хворих виникають значні складнощі з самообслуговуванням та пересуванням.

Сьогодні одним із основних методів, який сприяє відновленню хворих після перенесеного МІ, є рання та тривала реабілітація. Метою цього дослідження стало оцінити ефективність комплексної фізичної реабілітації щодо відновлення рухових функцій у хворих, які перенесли мозковий ішемічний інсульт.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 84 пацієнти, які перенесли МІ за ішемічним типом. Середній вік хворих становив $64,2 \pm 1,7$ років. Пацієнти проходили лікування у відділенні судинної патології головного мозку та реабілітації ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». Під час проведення дослідження використані клініко-неврологічні та статистичні методи. Для оцінки рухових порушень застосовано шкалу Комітету медичних досліджень, шкалу Ашворта, візуально-аналогову шкалу болю, шкалу Ренкіна. Статистичний аналіз результатів проведено за допомогою програм Microsoft Excel 2007, Statistica for Windows 5.0. Отримані показники оброблені за допомогою методу варіаційної статистики з обчисленням середньої арифметичної та її похибки. Достовірність результатів визначали за допомогою критерія Стюдента. Статистичну значущість визначали як $p < 0,05$.

Критеріями включення до дослідження були:

1) наявність підтвердженого за даними клінічного та нейровізуалізаційного дослідження мозкового інсульту за ішемічним типом;

2) період з моменту судинної катастрофи — від 3 до 6 місяців.

Під час досліджування усі пацієнти були поділені на дві групи залежно від виду реабілітаційного лікування. До основної групи увійшли 43 хворих, які на період дослідження отримували стандартну базисну медикаментозну терапію для вторин-

ної профілактики та проходили курс комплексної фізичної реабілітації (кінезіотерапія, ерготерапія, логопедичні заняття, психологічні сесії). Фізична реабілітація хворих відбувалась 5 разів на тиждень за методикою Бобат, тривалість кожного заняття становила три години. Інтенсивність навантаження визначали індивідуально для кожного пацієнта. До другої групи (порівняння) увійшли 41 пацієнт. Під час спостереження вони отримували лише медикаментозне лікування, спрямоване на вторинну профілактику.

Результати. При первинному дослідженні у 29 (34,5 %) хворих спостерігався виражений геміпарез, у 47 (56 %) — помірний геміпарез, у 8 (9,5 %) хворих — легкий геміпарез. Наприкінці курсу лікування позитивна динаміка відзначалась у хворих обох груп. Однак, найбільший ефект від лікування був у пацієнтів основної групи, які мали виражений геміпарез. Зокрема, кількість хворих з вираженим геміпарезом в основній групі зменшилась з 34,9 % до 18,6 % ($p < 0,05$).

У більшості досліджуваних хворих обох груп спостерігалась постінсультна спастичність. На початку дослідження середній бал за шкалою Ашворта становив $2,8 \pm 0,3$ бали у хворих основної групи та $3,2 \pm 0,2$ бали у хворих групи порівняння. Після завершення курсу лікування відзначалась позитивна динаміка у вигляді зменшення спастичних проявів серед пацієнтів обох груп, але достовірне зменшення спастичності виявлено лише серед хворих основної групи. Зокрема, середній бал за шкалою Ашворта у пацієнтів основної групи знизився на 0,7 балів ($p < 0,05$), а у хворих групи порівняння — на 0,4 бали ($p > 0,05$).

Оцінювали виразність болю у пацієнтів за допомогою візуально-аналогової шкали (ВАШ). На початку дослідження середній бал за ВАШ серед пацієнтів основної групи становив $3,7 \pm 0,6$ балів та $3,5 \pm 0,4$ бали серед пацієнтів групи порівняння. Наприкінці курсу лікування достовірний результат у вигляді суб'єктивного зменшення болю спостерігався лише серед хворих основної групи (середній бал за ВАШ серед пацієнтів основної групи — $2,2 \pm 0,2$ бали ($p < 0,05$) та $2,8 \pm 0,3$ бали ($p > 0,05$) — серед пацієнтів групи порівняння).

На початку дослідження проведено оцінку функціонування за шкалою Ренкіна. Встановлено, що 24 (55,8 %) пацієнти основної групи мали 4-й ступінь порушень (виражені ознаки функціональної неспроможності) та 9 (21 %) пацієнтів мали 3-й ступінь порушень (помірно виражені ознаки функціональної неспроможності). В групі порівняння ці види розла-

дів мали 23 (56,1 %) та 8 (19,5 %) пацієнтів відповідно. Після курсу лікування серед пацієнтів основної групи спостерігалось достовірне покращення стану у вигляді зменшення функціональної неспроможності, середній бал за шкалою Ренкіна знизився з $3,4 \pm 0,06$ до $2,8 \pm 0,06$ ($p < 0,05$). Серед пацієнтів групи порівняння не встановлено достовірного покращення функціонування за весь час досліджування, середній бал за шкалою Ренкіна знизився з $3,4 \pm 0,07$ до $3,2 \pm 0,07$ ($p > 0,05$).

Висновки. Застосування комплексної програми реабілітаційного лікування, що складається з фізичних та медикаментозних методів, є значно ефективнішим для відновлення рухових порушень у хворих, які перенесли мозковий ішемічний інсульт. Комплексне лікування підвищує ефективність відновлення порушених рухових функцій порівняно з використанням лише медикаментозних методів серед пацієнтів у відновному періоді та дає змогу загалом зменшити інвалідизацію цих осіб.