

*Мищенко В. М., Харіна К. В., Дмитрієва О. В., Здесенко І. В., Фисенко А. В.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)*

Особливості відновлення рухової активності в післяінсультній реабілітації

Тактика ведення хворих, які перенесли ішемічний інсульт, великою мірою визначається особливостями неврологічних (рухових, сенсорних, когнітивних і емоційних) порушень. Найбільш активне відновлення рухових функцій відбувається в перші три місяці після інсульту, саме тому в цей період реабілітаційні заходи набувають особливого значення. Основною метою реабілітації є відновлення порушених функцій, для чого застосовують комплекс лікувальних та реабілітаційних заходів. В основі механізмів компенсації порушеної функції лежить феномен нейропластичності. Реабілітаційні програми треба розробляти індивідуально для кожного пацієнта, з урахуванням наявних неврологічних розладів. Провідною причиною втрати професійних навичок у 80 % пацієнтів у відновному періоді ішемічного інсульту є моторна дисфункція руки (особливо кисті).

У зв'язку з цим метою дослідження стало вивчення особливостей відновлення рухової активності в післяінсультній реабілітації.

Матеріали та методи дослідження. Методика клінічного обстеження полягала в неврологічному огляді пацієнта з оцінкою обсягу рухів і сили в руці за допомогою рухової шкали ARAT (Action Research Arm Test) на початку і після закінчення лікування.

Ми провели клінічне спостереження 94 хворих в період від 6 місяців до 2 років з моменту гострої судинної події у відновному періоді ішемічного інсульту. Обстеження хворих проводили в два етапи: 1 етап — до початку активного лікування, 2 етап — після проведення курсу реабілітаційного лікування.

Пацієнти були поділені на дві групи: перша — протягом періоду спостереження пацієнти постійно отримували базисну відновну терапію, а також брали участь у заняттях лікувальної гімнастики, кінезіотерапії, логопедичних, психолого-корекційних, психотерапевтичних заняттях. Пацієнти другої групи також отримували базисну терапію захворювання, а також брали участь в традиційній відновній терапії. Як на першому, так і на другому етапі періоду спостереження проводили оцінку основних клінічних проявів захворювання, провідних неврологічних симптомів і синдромів, спостерігали за ускладненнями основного захворювання.

Результати. В обох групах після реабілітації відзначено позитивну статистично значущу динаміку за шкалою ARAT. Під час аналізу підрозділів шкали ARAT, що містять детальну оцінку рухів у проксимальних і дистальних відділах руки, виявлено статистично значуще поліпшення кульового, циліндричного і щипкового захватів, а також рухів в проксимальних відділах руки у пацієнтів обох груп.

Водночас відновлення функції руки за шкалою ARAT не залежало від давності інсульту і віку пацієнта.

Відносно покращення динаміки відновної функції в кисті (функція захвату) за шкалою ARAT відзначено в I групі та становило 6 балів, тоді як в групі II цей показник становив 4 бали. Наприкінці курсу лікування відзначався прогрес рухової функції, переважно завдяки вільному відновленню рухів проксимальних відділів паретичної руки. Також спостерігалось збільшення активних рухів в кисті, можливість здійснювати шаровий та щипковий захват за шкалою ARAT — більш значуще в групі I ніж в групі II.

Слід зазначити, що відновлення в I групі (загальний показник підвищився на 4 пункти) у хворих з помірним парезом в руці відбувалось краще ніж в II групі (загальний показник підвищився на 2 пункти) за шкалою ARAT.

В процесі реабілітації в основній групі у 33,0 % пацієнтів відбулося нівелювання спастичності в нозі зі збереженням спастичності в руці. У групі порівняння спастичність в нижній кінцівці зберігалась у всій когорті в процесі лікування. Слід зазначити, що протягом всього періоду спостереження в обох групах відбулося збільшення комбінацій патернів спастичності у більшій кількості пацієнтів.

Зокрема, під час першого огляду в основній групі комбінація декількох варіантів спастичності була відзначена майже в усіх 100,0 % пацієнтів, а наприкінці лікування — у 70,0 % з кількості пацієнтів зі збереженням спастичності в нозі.

У половини пацієнтів другої групи за час реабілітаційного лікування з включенням у відновне лікування стандартної терапії (масаж, фізіотерапевтичне лікування) також відзначений регрес спастичності в паретичних кінцівках, але відновлення відбувалось повільніше. Під час аналізу можливості самостійного пересування виявлено, що в основній групі збільшилася кількість пацієнтів, здатних до самостійного пересування без допомоги і додаткових засобів опори, з 22,0 % до 56,0 %. У контрольній групі цей показник змінився не так значуще — з 22,0 % до 33,0 %.

Зниження ступеня спастичності, больового синдрому, збільшення швидкості ходьби відбилися на інтегративних показниках функціонування за шкалами Рівермід, Бартела та Ешворт. Середній бал за шкалою Ешворта на початку лікування становив в першій групі $3,0 \pm 0,6$. Через два тижні терапії середній бал за шкалою Ешворта знизився на $(1,3 \pm 0,6)$ в першій групі порівняно з $(0,5 \pm 0,5)$ в другій групі. Статистично достовірні відмінності між групами виявлялися вже з 4—5-го дня терапії і зберігалися аж до кінця спостереження.

Після завершення дослідження бал за шкалою Ешворта знизився на 3 пункти у 5 (5,3 %) пацієнтів, у 4 (4,2 %) — на 2 пункти, у 9 (9,6 %) — на 1 пункт.

Виявлена виразна статистична тенденція до поліпшення здатності виконувати повсякденну діяльність через два тижні з початку терапії, яка посилювалася до завершення спостереження.

Висновки. Проведення комплексу реабілітаційних заходів у хворих зі спастичним геміпарезом у відновному періоді ішемічного інсульту в пер-

шій групі значніше сприяє поліпшенню рухових функцій (індекс мобільності Ріверміда становив $(12,6 \pm 0,9)$ балів). Отже, динаміка результатів реабілітаційної терапії у хворих до і після лікування продемонструвала краще відновлення у пацієнтів першої групи (медикаментозна терапія + реабілітація).