

МЕДИЧНІ НАУКИ

Буйвало В.П.

викладач-стажист;

Войтенко В.Л.

викладач-стажист,

Сумський державний університет

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ІНСУЛЬТНИХ ПАЦІЄНТІВ З ВИКОРИСТАННЯМ КАНАДСЬКОЇ НЕВРОЛОГІЧНОЇ ШКАЛИ

Серцево-судинні захворювання є головною причиною смертності в Україні (67%). За цим показником наша країна лишається одним із європейських лідерів. Інсульт це гостре порушення мозкового кровообігу, внаслідок якого виникає пошкодження частини головного мозку. Це хвороба, яка може зруйнувати життя і вкрасти майбутнє як окремої людини, так і цілої країни. Цей стан може бути викликано тромбом, який блокує кровопостачання частини головного мозку або кровотечею в частину мозку.

Щороку в Україні трапляється близько 150 тис. інсультів і понад 100 тис. людей помирають від інсульту, його ускладнень та інших порушень кровотоку в мозку. Більшість людей, які вижили після інсульту, протягом життя страждають від його фізичних, когнітивних, психічних та соціально-економічних наслідків, що зумовлює величезний тягар цієї хвороби для сімей громад та держави [2, с. 78–84].

Швидка медична допомога є першою точкою контакту для людей з симптомами, що дозволяють припустити інсульт. Медичні працівники могли б більш точно ідентифікувати осіб з інсультном, якби вони застосовували контрольні списки (чек-листи), звані шкалами розпізнавання інсульту. Такі шкали включають симптоми та іншу доступну інформацію. Позитивний результат за шкалою вказує на високий ризик розвитку і необхідність термінової оцінки фахівця.

Розробка і впровадження єдиних принципів ведення хворих з ГПМК потребують використання шкал і тестів, що дозволять об'єктивно

оцінити стан хворого після інсульту на різних етапах захворювання, а також під час динамічного спостереження, визначити ефективність тих чи інших методів лікування та реабілітації [1, с. 248–264]. Хворі з мозковим інсультом – це найбільш тяжкий і численний контингент у реабілітаційних установах та неврологічних стаціонарах, у зв'язку з цим, медичні працівники різних спеціальностей, насамперед, неврологи та реабілітологи повинні знати, від чого залежить якість життя таких пацієнтів, що завдає їм найбільше страждань, чим лікарі можуть допомогти пацієнту та його близьким.

Ключовим діагностичним критерієм результату захворювання є тяжкість неврологічних розладів, які спостерігаються на момент первинного огляду. Існують численні, інколи й складні для використання, діагностичні та експертні шкали, що створює значні складності для невролога та реабілітолога. Вибір тестів і шкал для пацієнтів з ішемічним інсультом повинен бути обґрунтований специфікою патології, періодом захворювання [3]. Виділяють гострий період захворювання (до 6 тиж.), відновний період (1-1,5 року, у цьому періоді виділяють ранній відновний період – до 5-6 міс. і пізній – від 5-6 до 12-18 міс. після інсульту), резидуальний період, або період залишкових ознак (більше 1,5 року після інсульту). Відповідно, відрізняються і шкали, які обирає лікар для оцінки стану хворого на тому чи іншому етапі лікування та реабілітації [5].

Ранній початок реабілітації є ключовим компонентом у відділенні для лікування гострих порушень мозкового кровообігу. Множинні безпосередні ускладнення інсульту (тромбоз глибоких вен, парез, параліч, пролежні, формування контрактур, затримка стулу і гіпостатична пневмонія) пов'язані з недостатньою кількістю рухів, і відповідно – мобілізація є фундаментальним компонентом ранньої реабілітації. Всі пацієнти, госпіталізовані з гострим інсультом повинні бути оцінені фахівцем з реабілітації якомога раніше (рівень обґрунтованості А), особливо в перші 24-48 годин (рівень обґрунтованості С) [4]. Мультидисциплінарна бригада повинна розробити всебічний індивідуальний реабілітаційний план з урахуванням тяжкості інсульту та потреб і завдань пацієнта (рівень обґрунтованості С). Клініцисти повинні використовувати стандартизовані, валідні оціночні шкали для оцінки функціонального статусу і післяінсультних порушень (рівень обґрунтованості С).

Певною популярністю з численних методів оцінки тяжкості інсульту користується Канадська неврологічна шкала (CNS). Тест валідний, надійний, може бути використаний не тільки лікарем, а й середнім медичним персоналом для експрес-оцінки стану хворого у гострому періоді мозкового інсульту (табл. 1). Шкала відрізняється очевидною простотою, заповнення її вимагає не більше 5-10 хвилин, дисциплінує лікаря в плані необхідності всебічного дослідження неврологічного статусу, дозволяє реєструвати динаміку стану пацієнта в гострому періоді захворювання. Здійснюється оцінювання грубого неврологічного дефіциту – рівень свідомості, орієнтацію, мову, рухові функції верхніх та нижніх кінцівок. За кожну ознаку ставлять відповідну кількість балів. Мінімальна кількість балів – 0, максимальна – 13 балів. Ефективність проведеної терапії інсульту оцінюється за ступенем поліпшення загального стану, що включає в себе швидкість регресу неврологічної симптоматики, яку визначають за допомогою неврологічного огляду, лабораторних та функціональних методів дослідження:

- **значне поліпшення стану** – регрес неврологічної симптоматики на 10 і більше балів
- **помірне поліпшення** – регрес неврологічного дефіциту менше ніж на 10 балів
- **незначне поліпшення** – мінімальний регрес неврологічної симптоматики (1-2 бали)

Таким чином, у шкалі клінічні ознаки диференційовані за ступенем їх вираженості, що відображено у балах. Для отримання інформації про ступінь зміни свідомості бали додаються. Що більша сума балів, то менший ступінь пригнічення функції мозку, і навпаки – що менша ця сума, тим глибший коматозний стан.

Отже, єдиної думки про те, яка шкала оцінки якості життя інсультних хворих найбільш перспективна та точна, немає. В багатьох сучасних дослідженнях з метою об'єктивізації тяжкості стану хворих і вираженості неврологічних порушень, а також стандартизації статистичного аналізу клінічного матеріалу застосовують декілька взаємодоповнюючих клінічних шкал, як вітчизняних, так і зарубіжних. Застосування системи оцінки тяжкості інсульту допомагає своєчасно прийняти об'єктивне рішення щодо тактики та стратегії лікування хворого. Проте комплексне використання бальних шкал Канадської неврологічної шкали дає можливість покращити прогнозування перебігу

постінсультного періоду, реально оцінити ефективність терапії та реабілітації хворих з ГПМК.

Таблиця 1

Когнітивні функції			Оцінка	
	Рівень свідомості	Ясна	3,0	
		Приглушена	1,5	
	Орієнтація	Орієнтований	1,0	
		Дезорієнтований	0,0	
	Мова	Норма	1,0	
		Дефіцит експресії	0,5	
Дефіцит сприйняття		0,0		
Висновок:				
Розділ А1	Рухові функції	Слабкість	Оцінка	
Дефіцит розуміння відсутній	Мімічна мускулатура	Немає	0,5	
		Є	0,0	
	Рука: проксимальні відділи	Немає	1,5	
		Легка	1,0	
		Значна	0,5	
	Тотальна		0,0	
		Немає	1,5	
		Легка	1,0	
	Рука: дистальні відділи	Значна	0,5	
		Тотальна	0,0	
		Немає	1,5	
	Нога: проксимальні відділи	Легка	1,0	
		Значна	0,5	
		Тотальна	0,0	
	Нога: дистальні відділи	Немає	1,5	
		Легка	1,0	
		Значна	0,5	
	Тотальна		0,0	
Висновок:				
Розділ А2		Рухові функції	Слабкість	Оцінка
Дефіцит розуміння	Мімічна мускулатура	Симетрична	0,5	
		Асиметрична	0,0	
	Руки	Рівна	1,5	
		Нерівна	0,0	
	Ноги	Рівна	1,5	
	Нерівна	0,0		
Висновок:				

Список використаних джерел:

1. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии: Руководство для врачей и научных работников. – М.: «Самарский дом печати», 2004. – 432 с.
2. «Ішемічний Інсульт: екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 03.08.2012 р. № 602.
3. Короткевич Е.А., Недзьведь Г.К., Пономарева Е.Н. и др. Современные подходы к организации специализированной неврологической помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Республике Беларусь // Актуальные проблемы неврологии и нейрохирургии: Сб. науч. тр. / Под ред. А.Ф. Смяновича, И.П. Антонова. – Минск: Білорус. наука, 2002. – Вып. 4. – С. 101–107.
4. Наказ МОЗ від 29 грудня 2016 року № 1422 ЗМІНИ до «Методики розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини».
5. «Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із гострим ішемічним інсультом та ТІА». Адапована клінічна настанова. Наказ МОЗ України від 03.08.2012 р. № 602.

Виноградова М.С.

студент,

Національний університет фізичного виховання і спорту України

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА СІМТ В КОНТЕКСТІ ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНОГО ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ДІТЕЙ

Constraint-Induced Movement Therapy (CIMT) – відома як терапія з обмеженням руху верхньої кінцівки для пацієнтів з геміпарезом. Ключова особливість терапії полягає в «обмеженні» рухів верхньої неураженої кінцівки для досягнення мотивації працювати іншою [1].

СІМТ вперше описана у ранніх роботах Едварда Тауба (Е. Taub, 1980). Він досліджував мавп, у яких одна з передніх кінцівок була в стані після оперативного втручання. Він зауважив, що мавпи спочатку намагалися використовувати уражену кінцівку, але після безуспішних спроб, формували компенсаторні навички, що дозволяють уникати