

## МЕДИЧНІ НАУКИ

**Заїка Р.П.**

*магістрант,*

*Національний університет фізичного виховання і спорту України*

### **ЕРГОТЕРАПІЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНСУЛЬТУ ІЗ СИНДРОМОМ НЕГЛЕКТУ**

**Вступ.** Інсульт є першою причиною летальності та другою причиною довготривалої неповносправності серед дорослого населення в Україні та світі. Серед пацієнтів, які перенесли інсульт і вижили, до 80% розвиваються інвалідизуючі наслідки. Внаслідок інсульту розвиваються інвалідизуючі порушення, які включають рухові (50-83 %), когнітивні (50 %) і комунікативні (25-36 %) та нейропсихологічні зміни (20 %) [1; 2].

В структурі інвалідизуючих наслідків питому вагу мають порушення сприйняття – синдром неглекту. Синдром неглекту асоційований з подовженням госпіталізації, зниженням ефективності реабілітації, підвищенням ризику падіння, небезпеки ходьби та переміщення на візку. Серед літературних джерел встановлено, що при право-гемісфернійлатералізації вогнища інсульту у 30-70 % пацієнтів розвивається синдром ігнорування та у 20-60 % пацієнтів при ліво-гемісфернійлатералізації [3; 4].

Така варіабельність за даними мета-аналізу обумовлена проблематичністю оцінювання та встановлення цього діагнозу. Таким чином, рекомендовано використання більше, ніж одного поведінкового тесту, для визначення підтипу, для диференціювання різних механізмів неглекту та для дослідження як клінічних симптомів, так й функціонування у повсякденному житті, включаючи результати реабілітації [5; 6].

Враховуючи зміну підходів до реабілітації та обстеження пацієнтів із синдромом геміпросторого ігнорування, соціальну значущість наслідків післяінсультних порушень, ми припускаємо, що між руховим та функціональним відновленням після інсульту може існувати розрив знань.

Вважаємо актуальним дослідження комбінованого впливу когнітивної та рухової реабілітації при просторовому тренуванні під час виконання функціональних дій.

**Мета дослідження:** вивчити вплив методики призматичної адаптації в процесі виконання повсякденної діяльності на відновлення просторового сприйняття, балансу та функціональної незалежності

**Матеріал та методи дослідження.** На базі відділення «Нейрохірургії та реабілітації» Київської клінічної лікарні № 3, ЦОЗ ПАТ «Укрзалізниця» було обстежено 14 хворих після ішемічного інсульту, що знаходились у відновному періоді захворювання. Рандомізованим методом пацієнти були розподілені у основну групу (ОГ) та групу порівняння (ГП). Середній вік пацієнтів склав  $52,1 \pm 12,78$  років, 6 жінок та 8 чоловіків.

Програма реабілітації складалась з п'яти методик:

1. **Візуальне сканування** – ми використовували чотири стандартизовані навчальні завдання, комп'ютеризоване завдання виявлення яскравих цілей, що проєктується на великий екран, копіювання малюнків, вивчення малюнків, виконання функціональної активності кінцівками на ураженій стороні простору та завдання читання та письма.

2. **Сенсорна стимуляція** – здійснювати «прак西斯», переставляння предметів різної форми та текстури в сторону ігнорування де яскрава лінія була орієнтиром.

3. **Дзеркальна терапія** – пацієнтів просили дивитись в дзеркало, таким чином щоб бачити відображення руки, та виконувати рухи непаретичною кінцівкою, згинання, розгинання пальців та зап'ястя при цьому постійно дивлячись у дзеркало.

4. **Призматична терапія** – під час експонування призми яка зміщує зір по горизонталі, пацієнти виконували функціональні завдання, в межах кухні, попередньо підібрані разом з терапевтом, в індивідуальному порядку виходячи з когнітивних та функціональних можливостей.

5. **Заняття для покращення когнітивних функцій** – фокус втручання був направлений на відновлення декількох функцій одночасно. Особливо можна виділити стимулювання альтернативного взаємозв'язку, зорово-конструктивних навичок, пам'яті та уваги.

Для оцінювання стану пацієнтів проводилось клініко-неврологічне обстеження, лабораторні дослідження, обстеження за валідними шкалами на MoCA, SNAP, KF-NAP, Тест Берга та FIM.

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програми Microsoft Excel 2010 та пакету програм Statistica 6.1 із використанням одновибіркового критерію Колмогорова-Смирнова, визначення медіани та інтерквартильного розмаху, непараметричного U-критерію Манна-Уїтні для непов'язаних вибірок. Результат вважався статистично значимим, якщо  $p < 0,05$ .

**Результати дослідження та їх обговорення.** В результаті первинного обстеження встановлено, що пацієнти ОГ і ГП характеризувалися виразними порушеннями когнітивних, перцептивних та рухових

функцій та мали високу ступінь функціональної залежності, які були нами оцінені за наступними методиками: МоСА, SNAP, KF-NAP, тест Берга та FIM.

Таблиця 1

**Співставлення первинних результатів обстеження пацієнтів з ГПМК основної групи (ОГ) (n=7) і групи порівняння (ГП) (n=7)**

№	Показник		Me; IQR	U	p
1.	МоСА	ОГ	12,5;9,5-15	42	0,3
2.		ГП	12;9-15		
3.	SNAP	ОГ	74;68-82	88	0,6
4.		ГП	71;65-80		
5.	KF-NAP	ОГ	26;21-28	90	0,32
6.		ГП	25;21-28		
9.	Тест Берга	ОГ	14;4-19	112,5	0,71
10.		ГП	13;4-19		
11.	FIM	ОГ	46;33-57	72,5	0,62
12.		ГП	47;34-58		

В результаті співставлення показників первинного обстеження між пацієнтами основної та групи порівняння статистично достовірних відмінностей встановлено не було. Результати наведені в табл. 1.

З метою визначення ефективності запропонованої методики реабілітації хворих з даною нозологією на 20–21 день перебування їх в стаціонарі ми проводили підсумкове комплексне реабілітаційне обстеження.

Таблиця 2

**Співставлення результатів повторного обстеження пацієнтів з ГПМК основної групи (ОГ) (n=7) і групи порівняння (ГП) (n=7)**

№	Показник		Me; IQR	U	P
1.	МоСА	ОГ	24; 20-26	50	0,45
2.		ГП	22; 20-25		
3.	SNAP	ОГ	36; 28-38	41,5	0,05
4.		ГП	40; 32-45		
5.	KF-NAP	ОГ	12; 10-16	124	0,05
6.		ГП	18; 14-22		
9.	Тест Берга	ОГ	34; 28-39	149,5	0,28
10.		ГП	36; 30-40		
11.	FIM	ОГ	82; 74 -98	40,5	0,049
12.		ГП	78; 70-91		

За отриманими даними, в результаті проведеного стаціонарного курсу реабілітації значно покращилися когнітивні функції, а саме увага, зорово-просторова орієнтація та контструктивні навички, опосередкована та короткотермінова пам'ять. Більш складно реабілітації піддаються порушення мови та мовлення. Рівень когнітивних функцій статистично достовірно поліпшився від виразних порушень до помірних. Можна стверджувати, що потрібна подальша реабілітація з урахуванням індивідуальних рухових, когнітивних та психоемоційних порушень пацієнтам з ішемічним інсультом.

**Висновки.** Застосування призматичної корекції в процесі повсякденної діяльності, статистично достовірно, ефективніше впливає на відновлення зорового, слухового, тактильного сприйняття, навігації та функціональної незалежності при співставленні із результатами групи порівняння.

#### Список використаних джерел:

1. Судинні захворювання головного мозку / Спеціальний випуск «Всеукраїнський форум нейрореабілітації». К. : УАБІ, 2013. 32 с.
2. Український вісник медико-соціальної експертизи / Спец. вип. «3-й Всеукраїнський форум нейрореабілітації та медико-соціальної експертизи». Д. : Роялпринт, 2015. 115 с.
3. Appelros P. Prediction of length of stay for stroke patients. *Acta NeurologicaScandinavica*. 2007 Jul; 116(1): 15–9.
4. Di Monaco M., Shintu S., Dotta M., Barba S., Tappero R., Hindry P. There is a seriousness of unilateral spatial neglectindependent predictor of the functional result after acute inpatient rehabilitation in people with a stroke in the right hemisphere. *Arch. Phys. Honey. Rehabilitation*. 2011; 92: 1250–6.
5. Jehkonen M., Laihosalo M., Kettunen J.E. Impact of neglect on functional outcome after stroke: A review of methodological issues and recent research findings. *Restorative Neurology and Neuroscience*. 2006; 24(4–6): 209–15.
6. Menon A., Korner-Bitensky N. Evaluating unilateral spatial neglect post stroke: working your way through the maze of assessment choices. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2004; 11(3): 41–66.