

УДК 616.1/9-058:616.831-005

DOI: 10.22141/2224-0713.8.86.2016.90909

ВІНИЧУК С.М.¹, ФАРТУШНА О.Є.²¹Олександрівська клінічна лікарня, м. Київ, Україна²Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

РАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ ГОСТРИХ ІШЕМІЧНИХ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Резюме. *Актуальність.* Гострі ішемічні порушення мозкового кровообігу залишаються однією з найактуальніших проблем клінічної неврології та провідною причиною стійкої втрати працездатності в усьому світі. Незважаючи на певні успіхи в лікуванні хворих у гострий період, і дотепер недостатньо широко і своєчасно проводиться комплексна реабілітація пацієнтів із метою мінімізації або ліквідації як найближчих, так і віддалених наслідків захворювання. **Мета дослідження.** Вивчення та узагальнення даних світової літератури, а також власного досвіду щодо ранньої реабілітації хворих із гострими ішемічними порушеннями кровообігу. **Матеріали та методи.** Аналітичний огляд наукових публікацій за останні 15 років із використанням сучасних наукометричних баз даних та фондів наукових бібліотек України, ЄС, США, Великобританії. **Висновки.** Рання медична реабілітація сприяє поліпшенню психосоматичного статусу, функціональному відновленню, профілактиці повторних цереброваскулярних подій, покращенню якості життя хворого, зниженню інвалідності та смертності.

Ключові слова: гострі ішемічні порушення мозкового кровообігу; ТІА; ішемічний інсульт; рання реабілітація

Гострі ішемічні порушення мозкового кровообігу є провідною причиною інвалідності в усіх країнах світу. Незважаючи на певні успіхи в лікуванні хворих у гострий період, і дотепер недостатньо широко і своєчасно проводиться комплексна реабілітація пацієнтів із метою мінімізації або ліквідації як найближчих, так і віддалених наслідків захворювання. Медична реабілітація має сприяти поліпшенню психосоматичного статусу, функціональному відновленню, профілактиці повторних цереброваскулярних подій, покращенню якості життя хворого, зниженню інвалідності та смертності [1–7].

Неврологічна реабілітація (*re* — знову, *habilitation* — спроможність) — це спеціальність, що потребує неврологічних знань та досвіду, а також набуття додаткових навичок із реабілітаційної медицини. Цілями реабілітації є скорочення числа ускладнень гострих порушень мозкового кровообігу/інсультів, досягнення повного або часткового відновлення втрачених неврологічних

функцій, максимальної здатності хворого вести нормальний спосіб життя [8]. Для організації ефективної реабілітаційної роботи необхідні три умови:

— у хворого не повинно бути тяжких соматичних захворювань;

— необхідна збереженість психіки, активності хворого, оскільки за відсутності контакту, пасивності реабілітаційні засоби бувають неефективні;

— активну реабілітаційну роботу не можна проводити на тлі прогресування захворювання.

До важливих складових медико-соціальної реабілітації слід віднести медичний, фізичний, психологічний, професійний та соціальний аспекти [9].

Медичний аспект реабілітації — основним змістом є питання лікувального, лікувально-діагностичного, лікувально-профілактичного напрямку. Це перш за все забезпечення ранньої діагностики та своєчасної госпіталізації хворого, раннього застосування пато-

генетичної терапії тощо. Запобігання ускладненням, пов'язаним із гострою церебральною подією, також має вирішальне значення в ефективності реабілітаційних заходів [10].

Фізичний аспект реабілітації — це відновне лікування, що включає всі питання, які відносяться до застосування фізичних факторів, засобів лікувальної фізкультури (ЛФК) (фізичні вправи в палаті, залі, ЛФК у водному середовищі; різні види механотерапії, фізичні тренування тощо), мануальної та рефлексотерапії, психотерапії, а також методи дослідження, які відображають реакцію організму на застосовувані реабілітаційні заходи [5, 11]. Основні завдання фізичної реабілітації: а) прискорення відновлювальних процесів; б) запобігання інвалідизації або зменшення її небезпеки. Неможливо забезпечити функціональне відновлення, не враховуючи природного прагнення організму до руху (кінезофілія). Тому ЛФК, різні види масажу, апаратна фізіотерапія мають стати основною ланкою у відновному лікуванні хворих [1].

Психологічний аспект передбачає подолання негативних реакцій із боку психоемоційного статусу хворого, що виник у зв'язку з перенесеною хворобою, справляє значний позитивний вплив на відновлення функцій та одужання пацієнта [12]. Найважливіші завдання психологічної реабілітації: прискорення нормального процесу адаптації до нової, зумовленої хворобою життєвої ситуації; профілактика розвитку й лікування патологічних психічних змін. Основними методами оптимізації психічного статусу є різні психотерапевтичні впливи, фармакотерапія [13].

Професійний аспект реабілітації передбачає успішне відновлення та збереження працездатності, є похідним багатьох факторів. Вони включають: правильну медичну експертизу працездатності, раціональне працевлаштування, систематичне диференційоване медикаментозне лікування основного захворювання, а також виконання програми, спрямованої на підвищення фізичної та психічної толерантності хворого. Досягнення стану відновлення працездатності залежить від реабілітаційних заходів і є найяскравішим критерієм ефективності реабілітації. Важливу роль у професійному аспекті реабілітації відіграє й соціальне законодавство, діяльність лікарсько-трудова комісії [14].

Соціальний аспект реабілітації чітко відображає доповідь Комітету експертів ВООЗ (2007), у якій зазначається, що метою відновлення працездатності є прагнення не тільки повернути хворого до колишнього стану, а й розвинути його фізичні та психічні функції до оптимального рівня. Це означає повернути хворому самостійність у повсякденному житті; повернути його до колишньої роботи або, якщо це можливо, підготувати до виконання іншої роботи з повним робочим днем, відповідним його фізичним можливостям; підготувати до роботи з неповним робочим днем, або до роботи в спеціальній установі для інвалідів, або, нарешті, до неоплачуваної роботи [15].

Важливо зазначити, що вирішення питання працевлаштування хворого із відповідним видом праці за спеціальністю або із виконанням інших робіт надає йому можливість матеріального самозабезпечення [16]. Таким чином, цей аспект реабілітації відноситься до галузі, пов'язаної з працездатністю, працевлаштуванням, відносинами хворого й суспільства, хворого і членів його родини тощо.

У нещодавно опублікованому керівництві з питань реабілітації хворих, які перенесли інсульт, сформульовані основні принципи реабілітації [9]:

— *принцип партнерства* передбачає співпрацю пацієнта й лікаря за керівної та спрямовуючої ролі останнього, що дозволяє здійснювати цілеспрямовану психологічну підготовку до відновного лікування, успіх якого залежить від активності самого хворого;

— *принцип різнобічності зусиль*, основу якого становить реалізація медико-педагогічних та лікувально-відновлювальних завдань за умови перебудови відносин хворого в необхідному для реабілітаційних задач напрямку;

— *принцип єдності психосоціальних та біологічних методів дії* (комплексність застосування лікувально-відновлювальних заходів);

— *принцип ступінчастості* впливів, заснований на поетапному призначенні відновлювальних заходів з урахуванням динаміки функціонального стану хворого, його віку і статі та толерантності до зростаючого фізичного навантаження.

Система реабілітації включає три основні етапи: а) госпітальний; б) поліклінічний; в) санаторно-курортний. Розрізняють також ранню та пізню реабілітацію.

Рання реабілітація

Вона розпочинається з перших годин після транзиторної ішемічної атаки (ТІА)/ішемічного інсульту, тобто здійснюється в гострому періоді захворювання і протягом перших 3–6 міс. після гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК). На першому етапі вона передбачає фармакологічну корекцію порушень функцій дихальної, серцево-судинної систем, нормалізацію водно-електролітного, кислотного-основного балансу та психоемоційного стану хворого, лікувальну фізкультуру (1-й та 2-й режими), лікування положенням, дихальні вправи, пасивні рухи кінцівок, а також ранню вертикалізацію хворого з урахуванням його стану. Комплекс реабілітаційних заходів на другому етапі проводиться у відділенні реабілітації та включає лікувальну фізкультуру (3-й та 4-й режим), фізіотерапію, масаж, реабілітацію рухового та сенсорного дефіциту, трудотерапію (вироблення навичок самообслуговування, робота на тренувальних стендах), психотерапію, логопедичні заняття, соціальну допомогу. Інфузійна терапія на цьому етапі відходить на другий план. Важливими у цей період є сестринське обслуговування, робота фізіотерапевта, психолога, логопеда.

Ерготерапія (трудотерапія) є елементом фізичної дії на організм, елементом фізичного аспекту реабі-

літації. Засоби ерготерапії сприяють відновленню фізичної працездатності, справляючи сприятливий психологічний вплив на хворого. Ерготерапія проводиться в період одужання і може тривати не більше 2–3 міс. [5].

Безумовно, ліпший клінічний результат досягається, якщо програму реабілітації пацієнта складає мультидисциплінарна команда, до якої входять лікар-невролог, реабілітолог, фізіотерапевт, логопед, психолог, медична сестра і члени його сім'ї/доглядальниці. В умовах нашої дійсності для повноцінної реабілітації створюється мультидисциплінарна бригада в складі лікаря-невролога, медичної сестри, фізіотерапевта, логопеда і членів сім'ї. Такі команди створюються в умовах відділень реабілітації обласних, міських лікарень.

За рекомендаціями ESO (2008) [17, 18], всіх пацієнтів із ГПМК слід направляти в інсультне відділення для отримання координованої мультидисциплінарної реабілітації (рівень доказовості А); рекомендується ранній початок реабілітації (рівень доказовості С); рання виписка пацієнта з інсультного відділення можлива при стабільності медичних показників, у разі інсульту легкого або середнього ступеня тяжкості, за умови подальшого продовження реабілітації мультидисциплінарною бригадою в амбулаторних умовах (рівень доказовості А).

На жаль, ефективність ранньої реабілітації недостатньо вивчена: отримані обмежені докази того, що ранній початок реабілітації безпосередньо призводить до поліпшення функціонального результату, оскільки з етичної точки зору таке дослідження здійснити складно [19]. Дані експериментальних досліджень на тваринах підтверджують необхідність і ефективність застосування ранньої та інтенсивної програми реабілітації [20]. Водночас існують переконливі докази того, що міждисциплінарна реабілітація призводить до поліпшених функціональних результатів, сприяє зниженню смертності [21, 22]. Такі функціональні поліпшення зберігаються протягом тривалого часу (понад один рік).

Отримано переконливі докази того, що підвищення інтенсивності реабілітаційних заходів призводить до покращення функціонального стану пацієнтів в коротші терміни і такий ефект утримується протягом 5 років [23]. Мовленнєві розлади типу афазії та дизартрії після інсульту ефективніше усуваються в кінці гострого періоду і протягом перших 6 міс. після захворювання.

У літературі мало даних щодо продуктивності повсякденної діяльності та якості життя пацієнтів після транзиторної ішемічної атаки, а також щодо необхідності проведення ранньої реабілітації після ТІА. Опубліковано лише поодинокі роботи про доцільність заходів із серцево-судинної та психологічної реабілітації пацієнтів, якої потребують понад 51 % хворих у перші 6 міс. після ТІА [24–27]. Зокрема, згідно з щойно проведеним норвезьким дослідженням, протягом перших 6 міс. після ТІА значно знижена про-

дуктивність повсякденної діяльності та якість життя таких пацієнтів, характерними є тривога і депресія, які за відсутності лікування прогресують, призводять до стрімкого зниження працездатності [28].

Як відомо, пацієнти, які перенесли ТІА, є групою особливо високого ризику повторних ТІА/інсульту з інвалідизуючими наслідками та кардіоваскулярної смертності [29]. Безумовно, такі хворі потребують проведення своєчасної ранньої серцево-судинної реабілітації після ТІА в амбулаторних умовах [24]. Згідно з результатами нещодавно опублікованого масштабного Оксфордського дослідження, 70 % пацієнтів з інсультом і 48 % пацієнтів із ТІА через п'ять років після цих подій або помирають, або стають тяжкими інвалідами. П'ятирічний ризик залежності від сторонньої допомоги в повсякденному житті та ризик необхідності домашнього догляду становив 11 % після ТІА та 19 % — після інсульту. При цьому рівень інвалідності після ТІА збільшується з 14 % в перший рік до 23 % через 5 років ($p = 0,002$) у зв'язку з розвитком тяжких інсультів як основних предикторів інвалідності. Середня вартість п'ятирічних інвестицій у здоров'я пацієнтів із ТІА — \$ 99 831 (SD, 67 020), для інсульту — \$ 125 359 (SD, 91 121) [29].

Впровадження програми реабілітації особливо важливе для працюючого населення, якому вона допомагає якнайшвидше повернутися до спільноти (OR 3,3; 95% CI 1,5–7,2) та відновити повсякденну життєдіяльність [30].

Щойно проведене в Нідерландах дослідження наголошує, що реабілітаційні програми в гострій фазі після ТІА безпечні та підвищують ефективність вторинної профілактики інсульту [31].

Утома є багатовимірним поняттям і включає фізичні, емоційні та пізнавальні елементи [23], впливаючи на хід реабілітації та якість життя хворого. Утома після ТІА/інсульту вражає від 38 до 68 % пацієнтів, знижуючи якість життя та часто унеможливаючи відновлення професійної діяльності [32–35]. Симптоми втоми несприятливі для пацієнтів та важливі для клініцистів [36], хоча кількість досліджень із цього приводу обмежена, що може бути пов'язано з тяжкістю об'єктивізації симптомів втоми та виявлення численних їх потенційних причин [37, 38]. Утома після ТІА може викликати депресію, погіршення фізичного стану, зниження якості життя, підвищення смертності [39].

S.B. Coutts та співавтори (2012) повідомляють, що 15 % пацієнтів після ТІА потребують реабілітації протягом перших 90 днів з ознаками інвалідизації за модифікованою шкалою Ренкіна ≥ 2 балів [40]. Інше дослідження показало, що пацієнти після ТІА при оцінюванні якості життя мають таку ж кількість балів, як і пацієнти, які перенесли інсульт, у всіх сферах, за винятком соціальної ізоляції [41].

Чинні керівні принципи лікування та профілактики ТІА в основному ставлять акцент на невідкладній госпіталізації та вторинній профілактиці інсульту (National Institute for Health and Clinical Excellence,

2008), не приділяючи уваги психологічним або когнітивним наслідкам ТІА, тому таким пацієнтам не пропонується додаткова реабілітаційна підтримка [42]. Водночас утом, психологічні та когнітивні порушення після ТІА протягом перших 6 міс. призводять до різкого зниження працездатності пацієнта, зменшуючи якість життя та здатність повернення до праці та громадської діяльності [43].

Групові фізичні вправи, згідно з проведеними дослідженнями, зменшують прояви втоми, покращують психосоціальну адаптацію після ТІА та легкого інсульту [27, 44, 45]. 75-хвилинні заняття груповими вправами під керівництвом фізіотерапевта або кінезіолога двічі на тиждень протягом 12 тижнів, що включають 5–10-хвилинну розминку, 15 хв прогресивного тренування з обтяженням великих м'язів кінцівок, 30 хв аеробного тренування, що складається з трьох 10-хвилинних компонентів (ходьба на біговій доріжці (тредміл), робота на стаціонарному тренажері-велосипеді, степінг (комплекс вправ високої інтенсивності з аеробним та силовим навантаженням з використанням степ-платформи)); 5–10 хв вправ на остигання м'язів із прогресивним резистивним зміцненням основних верхніх і нижніх груп м'язів кінцівок із постійним контролем частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, рівня глюкози до та після тренувань, дають позитивні результати [46].

Групові тренування необхідно доповнити 30-хвилинними домашніми вправами для покращення діяльності серцево-судинної системи 3–4 рази на тиждень, що призведе до покращення якості життя після ТІА [27].

Нещодавно проведене дослідження свідчить, що поряд із фізичними вправами та психологічною реабілітаційною підтримкою покращується самопочуття хворих після ТІА та зникають такі глибокі занепокоєння про майбутнє, як невизначеність, відчуття власної аномальності, втрата довіри, розчарування, відчуття печалі, що були присутні під час тестування пацієнтів після ТІА перед програмою реабілітації [47].

Отже, рання мобілізація пацієнта після ТІА/ішемічного інсульту є необхідною умовою запобігання тяжким ускладненням у подальшому (рівень доказовості А). Два метааналізи встановили, що чим активнішим буде пацієнт, тим кращими будуть реабілітаційні результати, проте жодних конкретних рекомендацій щодо інтенсивності та тривалості лікування на сьогодні немає (рівень доказовості В) [7].

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Лисенюк В.П. *Сучасні стандарти та критерії в галузі реабілітаційної медицини: Навч. посібник.* — К., 2001. — 70 с.
2. Головченко Ю.И., Адаменко Р.Я., Усатенко А.Г. *Восстановительная терапия и социально-трудовая реабилитация больных, перенесших инсульт* // Журн. практ. лікаря. — 2002. — № 2. — С. 14-17.

3. Горбунов Ф.Е., Кочетков А.В. *Санаторный этап ранней реабилитации больных, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения* // Вопросы курорт., физиотерапии и ЛФК. — 2003. — № 1. — С. 25-30.

4. Зозуля І.С., Мошенська О.П. *Гострий період ішемічного інсульту: сучасний погляд на проблему* // Укр. мед. часопис. — 2009. — 4(72). — С. 67-73.

5. Самосюк І.З., Самосюк Н.И., Думин П.В., Владимиров А.А. и др. *Медицинская реабилитация постинсультных больных* — К.: Здоров'я, 2010. — 424 с.

6. Kellett N. et al. *Impact of transient ischaemic attack and minor stroke on daily life* // International Journal of Therapy and Rehabilitation. — 2014. — Т. 21, № 7. — Р. 318-323.

7. AHA/ASA Guideline / Bushnell C., McCullough L.D., Awad I.A. [et al.] // Stroke. — 2014.

8. Віничук С.М. *Судинні захворювання нервової системи.* — К.: Наукова думка, 1999. — 250 с.

9. Епифанов В.А. *Реабилитация больных, перенесших инсульт.* — М.: МЕДпресс-информ, 2013. — 248 с.

10. Віничук С.М., Проконів М.М. *Гострий ішемічний інсульт.* — К.: Наукова думка, 2006. — 286 с.

11. Faulkner J. et al. *Effect of Early Exercise Engagement on Cardiovascular and Cerebrovascular Health in Stroke and TIA Patients: Clinical Trial Protocol* // Journal of Clinical Trials. — 2014.

12. Друєс Й. *Эффективность психосоциальной реабилитации* // Социальная и клиническая психиатрия. — 2005. — Т. 15, № 1.

13. Ковальчук В.В. и др. *Значение психотерапии в реабилитации больных, перенесших инсульт* // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2007. — № 4. — С. 21-24.

14. Basanets A.V., Ostapenko T.A., Cherkesov V.V., Fartushna O.Y. *Sudden death in the workplace* // Ukrainian Journal of the problems of Occupational Medicine. — 2014. — № 1(24). — Р. 18.

15. Фартушина О.Є. *Транзиторні ішемічні атаки* / О.Є. Фартушина, С.М. Віничук. — К.: Авіцена, 2014. — 216 с.

16. Сон А.С., Мосенко С.В. *К вопросу оценки социально-бытовой адаптации больных с последствиями мозгового инсульта* // Український нейрохірургічний журнал. — 2007. — № 3. — С. 22-22.

17. European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee. *Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack* // Cerebrovasc. Dis. — 2008. — V. 25(5). — P. 457-507.

18. Ntaios G., Bornstein N.M., Caso V. et al. *The European Stroke Organisation guidelines: a standard operating procedure* // International Journal of Stroke. — 2015 Oct. — 1, 10(A100). — P. 128-35.

19. *Early versus delayed inpatient stroke rehabilitation: a matched comparison conducted in Italy* / Paolucci S., Antonucci G., Grasso M.G. [et al.] // Archives of physical medicine and rehabilitation. — 2000. — V. 81(6). — P. 695-700.

20. *Behavioral and neurophysiological effects of delayed training following a small ischemic infarct in primary motor cortex of squirrel monkeys* / Barbay S., Plautz E.J., Friel K.M. [et al.] // Experimental Brain Research. — 2006. — V. 169 (1). — P. 106-116.

21. O'Sullivan E.J. et al. *Access to in-patient stroke services and multidisciplinary team (MDT) rehabilitation: current demands and capacity* // Irish medical journal. — 2014.

22. Thomsen A.S., Hansen T. Cross sector and interdisciplinary cooperation in brain injury rehabilitation // Tenth World Congress on Brain Injury. — 2014.
23. Duncan P.W. et al. Adherence to postacute rehabilitation guidelines is associated with functional recovery in stroke // Stroke. — 2002. — T. 33, № 1. — P. 167-178.
24. Kamm C.P. et al. Interdisciplinary Cardiovascular and Neurologic Outpatient Rehabilitation in Patients Surviving Transient Ischemic Attack or Stroke With Minor or No Residual Deficits // Archives of physical medicine and rehabilitation. — 2014. — T. 95, № 4. — P. 656-662.
25. Kronish I.M., Edmondson D., Goldfinger J.Z. et al. Post-traumatic stress disorder and adherence to medications in survivors of strokes and transient ischemic attacks // Stroke. — 2012. — T. 43, № 8. — P. 2192-2197.
26. Lawrence M. et al. A systematic review of the benefits of mindfulness based interventions following transient ischemic attack and stroke // International Journal of Stroke. — 2013. — T. 8, № 6. — P. 465-474.
27. Prior P.L. et al. Comprehensive cardiac rehabilitation for secondary prevention after transient ischemic attack or mild stroke I: Feasibility and risk factors // Stroke. — 2011. — T. 42, № 11. — P. 3207-3213.
28. Verbraak M.E. et al. Subtle problems in activities of daily living after a transient ischemic attack or an apparently fully recovered non-disabling stroke // Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases. — 2012. — T. 21, № 2. — P. 124-130.
29. Luengo-Fernandez R., Paul N.L., Gray A.M. et al. Population-Based Study of Disability and Institutionalization After Transient Ischemic Attack and Stroke 10-Year Results of the Oxford Vascular Study // Stroke. — 2013. — T. 44, № 10. — P. 2854-2861.
30. Assessment of occupational performance problems due to cognitive deficits in stroke rehabilitation: A survey / Pilegaard M.S., Pilegaard B.S., Birn I. [et al.] // International Journal of Therapy and Rehabilitation. — 2014. — V. 21(6). — P. 280-288.
31. Boss H.M. et al. Safety and feasibility of post-stroke care and exercise after minor ischemic stroke or transient ischemic attack: Motive S & Move IT // Neuro Rehabilitation. — 2014.
32. Glader E.L., Stegmayr B., Asplund K. Poststroke fatigue: A 2-year follow-up study of stroke patients in Sweden // Stroke. — 2002. — № 33. — P. 1327-1333.
33. Choi-Kwon S., Han S.W., Kwon S.U., Kim J.S. Poststroke fatigue: Characteristics and related factors // Cerebrovasc. Dis. — 2005. — № 19. — P. 84-90.
34. Van de Port I.G., Kwakkel G., Schepers V.P., Heinemans C.T., Lindeman E. Is fatigue an independent factor associated with activities of daily living, instrumental activities of daily living and health related quality of life in chronic stroke // Cerebrovasc. Dis. — 2007. — № 23. — P. 40-45.
35. Lerdal A. Curvilinear Relationship Between Age and Post-Stroke Fatigue among Patients in the Acute Phase following First-Ever Stroke / Lerdal A., Gay C.L., Lee K.A. // International Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. — 2013.
36. Carlsson G.E., Moller A., Blomstrand C. A qualitative study of the consequences of 'hidden dysfunctions' one year after a mild stroke in persons < 75 years // Disabil. Rehabil. — 2004. — № 26. — P. 1373-1380.
37. Schepers V.P., Visser-Meily A.M., Ketelaar M., Lindeman E. Poststroke fatigue: Course and its relation to personal and stroke-related factors // Arch. Phys. Med. Rehabil. — 2006. — № 87. — P. 184-188.
38. Tyrrell P.J., Smithard D.G. Fatigue after stroke // Therapy. — 2005. — № 2. — P. 865-869.
39. A population-based study of the prevalence of fatigue after transient ischemic attack and minor stroke / Winward C. [et al.] // Stroke. — 2009. — T. 40, № 3. — P. 757-761.
40. Coutts S.B., Modi J., Patel S.K., Aram H., Demchuk A.M., Goyal M., Hill M.D. What causes disability after transient ischemic attack and minor stroke? Results from the CT and MRI in the triage of TIA and minor cerebrovascular events to identify high risk patients (CATCH) study // Stroke. — 2012. — № 43. — P. 3018-3022.
41. Franzen-Dahlin A., Laska A.C. Gender differences in quality of life after stroke and TIA: a cross-sectional survey of out-patients // J. Clin. Nurs. — 2012. — № 21. — P. 2386-2391.
42. National Institute for Health and Clinical Excellence: Stroke: Diagnosis and Initial Management of Acute Stroke and Transient Ischemic Attack (TIA), CG068. — NICE Clinical Guidelines, Number 68. — 2008.
43. Moran G.M. et al. A systematic review investigating fatigue, psychological and cognitive impairment following TIA and minor stroke: protocol paper // Syst. Rev. — 2013. — T. 2, № 1. — P. 1-7.
44. Ivey F.M., Hafer-Macko C.E., Macko R.F. Exercise rehabilitation after stroke // NeuroRx. — 2006. — T. 3, № 4. — P. 439-450.
45. Barbour V.L., Mead G.E. Fatigue after stroke: The patient's perspective // Stroke research and treatment. — 2011. — T. 2012.
46. Thompson P.D., Arena R., Riebe D. et al. ACSM's new preparticipation health screening recommendations from ACSM's guidelines for exercise testing and prescription, ninth edition // Curr. Sports Med Rep. — 2013. — 12(4). — 215-7.
47. Spurgeon L., James G., Sackley C. Subjective experiences of transient ischaemic attack: a repertory grid approach // Disability & Rehabilitation. — 2013. — T. 35, № 26. — P. 2205-2212.

Отримано 18.11.2016 ■

Виничук С.М.¹, Фартушная Е.Е.²¹Александровская клиническая больница, г. Киев, Украина²Украинская военно-медицинская академия, г. Киев, Украина**РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ОСТРЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

Резюме. Актуальность. Острые ишемические нарушения мозгового кровообращения остаются одной из самых актуальных проблем клинической неврологии и ведущей причиной потери трудоспособности во всем мире. Несмотря на определенные успехи в лечении таких больных в острый

период, до сих пор недостаточно широко и своевременно проводится комплексная реабилитация пациентов с целью минимизации или ликвидации как ближайших, так и отдаленных последствий заболевания. **Цель исследования.** Изучение и обобщение данных мировой литературы, а также

собственного опыта в вопросе ранней реабилитации больных с острыми ишемическими нарушениями мозгового кровообращения. **Материалы и методы.** Аналитический обзор научных публикаций за последние 15 лет с использованием современных наукометрических баз данных и фондов научных библиотек Украины, ЕС, США, Великобритании. **Выводы.** Ранняя медицинская реабилитация способствует

улучшению психосоматического статуса, функциональному восстановлению, профилактике повторных цереброваскулярных событий, улучшению качества жизни больного, снижению инвалидности и смертности.

Ключевые слова: острые ишемические нарушения мозгового кровообращения; ТИА; ишемический инсульт; ранняя реабилитация

S.M. Vynychuk¹, O.Ye. Fartushna²

¹Oleksandrivska Clinical Hospital, Kyiv, Ukraine

²Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine

EARLY REHABILITATION AFTER ACUTE ISCHEMIC CEREBROVASCULAR EVENTS

Abstract. Background. Acute ischemic stroke remains one of the most urgent diseases of clinical neurology being the leading cause of disability worldwide. However, despite advanced treatment of those patients in an acute period, not enough attention is paid to early rehabilitation. This study is a generalization of world literature data, and our own experience in early rehabilitation of patients with acute ischemic stroke. **Materials and methods.** Analytical review of scientific publications for

the last 15 years based on analysis of modern scientometric databases and libraries of Ukraine, the EU, US, UK has been performed. **Conclusions.** Early medical rehabilitation improves: psychosomatic status, functional recovery, prevention of recurrent cerebrovascular events, patient's quality of life, and reduces disability and mortality.

Keywords: acute ischemic stroke; transient ischemic attack; ischemic stroke, early rehabilitation