

Ведення пацієнтів після інсульту: основні принципи реабілітації та відновлення

Головна мета реабілітації після інсульту полягає у відновленні функціональних можливостей пацієнтів та запобіганні розвитку ускладнень. Робоча група з інсульту, до складу якої увійшли представники Шотландської міжвузівської мережі з розробки методичних настанов (SIGN, 2023) та Ірландської національної клінічної програми з інсульту (INCPs, 2023), оновила клінічні рекомендації щодо ведення пацієнтів з інсультом. Метою цього документа є поліпшення якості надання медичної допомоги дорослим, що перенесли ішемічний чи геморагічний інсульт, транзиторну ішемічну атаку або субарахноїдальний крововилив. Пропонуємо до вашої уваги огляд ключових положень розділу, присвяченого основним принципам реабілітації хворих після інсульту з метою збереження або відновлення максимальної самостійності, фізичного, психологічного, інтелектуального і соціального рівня життєдіяльності пацієнтів після інсульту.

Принципи реабілітації

Реабілітаційний потенціал

Реабілітація хворих після інсульту не має обмежуватися лише досягненням функціонального поліпшення, зокрема, вона має охоплювати адаптацію, психологічний добробут, підвищення обізнаності пацієнтів щодо інсульту, лікування ускладнень і належний догляд.

Супутні захворювання, як-от деменція, сенсорні порушення тощо, можуть чинити негативний вплив на реабілітаційні заходи у пацієнтів після інсульту, але не бути причиною відмови від їх проведення (Guideline Development Group Consensus, 2023).

Необхідно надавати чітку й доступну інформацію особам із перенесеним інсультом та/або їхнім опікунам чи доглядальникам щодо реабілітаційних послуг для забезпечення якнайшвидшої інтеграції пацієнтів у суспільство та повернення до звичного життя (Stinear et al., 2017; Smith et al., 2017).

Рішення щодо виписки з реабілітаційного центру лікарів слід приймати разом із хворим після досягнення відповідних цілей, пов'язаних з інсультом. При цьому у пацієнта має бути доступ до відповідних послуг для отримання підтримки та консультування на будь-якому етапі реабілітації. Вибір прийнятних заходів реабілітації залежить від індивідуальних цілей і потреб пацієнта, а також наслідків інсульту, можливостей хворого, медичного прогнозу (темпу і повноти відновлення здоров'я і працездатності, характеру ускладнень тощо).

Мультидисциплінарна команда має розглянути всі доступні варіанти реабілітації та порекомендувати ті, які допоможуть пацієнту з інсультом якнайшвидше відновитися. Хворих, які перенесли інсульт спинного мозку, слід скерувати на консультацію до фахівця з лікування травм хребта. Така команда має здійснювати щотижневий огляд пацієнта, зважаючи на цілі терапії і досягнутий прогрес, а також обговорювати план подальшого лікування та реабілітації. Щодо хворих, які більше не проходять реабілітацію через 6 міс. після перенесеного інсульту, першочерговою метою має бути виявлення тих, хто потребує продовження відновлювальних заходів. Важливо здійснювати щорічний комплексний огляд пацієнта з перенесеним інсультом, що передбачає фізичний, психологічний і соціальний компоненти (Guideline Development Group Consensus, 2023).

Реабілітаційні заходи для відновлення моторних функцій

Інтенсивність

Реабілітація – адаптивний та індивідуалізований процес, і регулярність виконання необхідних втручань упродовж місяців або років є ключовим компонентом оптимального відновлення хворих після інсульту. Інтенсивність реабілітації пацієнтів з інсультом чітко не визначено. Проте є дані, що для терапевтичних сеансів зазвичай характерні мала кількість повторів і низька серцево-судинна активність (Hayward and Brauer, 2015).

Своєю чергою, відновлення моторних функцій найліпше досягається за допомогою складних повторюваних завдань і варіативних графіків тренувань (Wattchow et al., 2018; Scrivener et al., 2020).

Постінсультна терапія, спрямована на відновлення рухових навичок, передбачає чітке розуміння наявних у пацієнта порушень, рівня його активності та індивідуальних цілей. Вправи і функціональні завдання під час реабілітації слід виконувати у комплексі з консультаціями фахівця-терапевта.

Є кілька способів виконання реабілітації, як-от:

- індивідуальні практичні заняття під наглядом;
- групові сесії;
- структуровані напівконтрольовані самостійні заняття.

Упродовж перших двох тижнів після інсульту терапія, спрямована на відновлення моторних функцій, має охоплювати часті та короткі щоденні втручання (Bernhardt et al., 2016). Вправи для розвитку функціональних навичок, які хворий виконує під час терапії, необхідно поступово впроваджувати в його щоденну діяльність із належною підтримкою родини та/або осіб, що здійснюють догляд (Working Party Consensus, 2016).

Мультидисциплінарний реабілітаційний підхід для осіб, які потребують відновлення рухової активності після інсульту, має тривати щонайменше 3 год терапевтичних заходів на день і 5 днів на тиждень під наглядом терапевта та/або фахівця з фізичної реабілітації. Програми з реабілітації мають бути індивідуалізованими з урахуванням супутніх захворювань пацієнта, можливого рівня його активності, постінсультної стомлюваності, толерантності до фізичного навантаження тощо. Для хворих, які не в змозі займатися 3 год на день, слід визначити, що є причиною цього та розглянути інші терапевтичні стратегії.

Особам, які проходять реабілітацію після інсульту, слід підтримувати активність до 6 год на день (зокрема з терапією) у вигляді прогулянок, відвідування тренажерної зали, самостійних занять для зміцнення серцево-судинної системи тощо. Крім того, хворим слід надати можливість пройти психологічне оцінювання та обговорити з фахівцем питання, які їх турбують.

Інтенсивна реабілітація має охоплювати всебічне інформування осіб з інсультом та їхні сім'ї / опікунів для ліпшого розуміння потреб пацієнтів та швидшого відновлення (Stroke Foundation, 2022; Guideline Development Group Consensus, 2023).

Встановлення цілей

Спільне визначення індивідуальних цілей лікування (зокрема, пацієнтом з інсультом та/або його родичами і клініцистом) є важливим. Можливості та мотивація хворих брати участь у реабілітаційних заходах можуть із часом змінюватися. Також необхідно дотримуватися балансу між їхньою ефективністю, практичністю, поетапним впливом і підтриманням прагнень осіб з інсультом (Working Party Consensus, 2016).

Останнім часом набуває популярності здатність до самоконтролю та самоефективності як орієнтований на пацієнта з інсультом підхід для встановлення його цілей (Sugavanam et al., 2013; Taylor et al., 2012).

Хворі, які перенесли інсульт, мають брати активну участь у процесі встановлення цілей реабілітації (за винятком випадків, коли вони не хочуть цього робити або страждають на когнітивні чи мовленнєві порушення), щоб мати змогу висловити власні відчуття, бажання та очікування щодо процесу одужання.

Особам з інсультом слід допомогти визначити цілі:

- значущі та актуальні для них;
- складні, але досяжні;
- як коротко- (дні / тижні), так і довгострокові (тижні / місяці);
- задокументовані та конкретні, обмежені в часі межі.

Слід послідовно оцінювати досягнуті цілі, що може визначити ефективність терапії (Holliday et al., 2007; Working Party Consensus, 2016).

Самоконтроль та самоефективність у межах реабілітації осіб з інсультом

Нині є все більше доказів впливу різних психологічних чинників на впевненість хворих у відновленні та адаптацію до життя після інсульту. Самоефективність визначено як впевненість пацієнта у власних можливостях, що позитивно корелює з поліпшенням мобільності, активності щоденної діяльності та якості життя, і негативно – із депресією після інсульту (Korpershoek et al., 2011). Власне, самоефективність тісно пов'язана з настроєм і самооцінкою. Із цього випливає зв'язок між самоефективністю та емоційними станами, як-от депресія, тривога, та якістю життя пацієнтів після інсульту.

Самоефективність може чинити вплив на навички самоконтролю, як-от розв'язання проблем і встановлення цілей. Є нові докази щодо користі зростання самоефективності для поліпшення функціональної самостійності та самоконтролю пацієнтів після інсульту (Parke et al., 2015). Самоконтроль – важлива складова психологічного благополуччя та успіху в лікуванні. Ця навичка допомагає пацієнту керувати своїми діями, емоціями та думками для досягнення бажаних результатів. Нині доступні терапевтичні програми здебільшого зосереджені на підтриманні знань і навичок, необхідних для самоконтролю, і варіюють від освітніх підходів до втручань, спрямованих на зміну поведінки (Corbin, 1998).

Варто оцінювати можливість здійснення самоконтролю на підставі самоефективності, що ґрунтується на знаннях і навичках, необхідних для нормального життя після інсульту (Warner et al., 2015).

У хворих зі зниженою мотивацією та недостатньою участю у реабілітації слід проаналізувати самооцінку та самоефективність (Working Party Consensus, 2016).

Якщо ці показники є низькими, пацієнтам доцільно надати відповідну інформацію, підтримку та поради, а також розглянути можливість застосування одного чи кількох із таких психологічних втручань, як:

- посилення соціальної взаємодії;
- підвищення фізичних навантажень;
- інші психосоціальні інтервенції (як-от залучення до груп психосоціальної освіти) (De Man-van Ginkel et al., 2010; Jones et al., 2010).

Дистанційна терапія і телереабілітація

Віддалена терапія – це дистанційне надання медичних послуг із реабілітації та/або лікування терапевтом, який персоналізує програму або завдання для конкретного пацієнта, щоб усунути виявлені порушення, досягти визначених цілей тощо. Терапію виконують за допомогою відеоконференцій, індивідуально або у групах, а також у режимі реального часу чи асинхронно офлайн (Guideline Development Group Consensus, 2023).

Телереабілітацію визначено як засіб телекомунікації за допомогою прямого відео- або аудіозв'язку для здійснення реабілітаційних заходів. Доведено, що технологічні інновації допомагають усунути перешкоди для доступу до реабілітації, як-от обмеження часу та ресурсів, потреба в дотриманні терапевтичного режиму, географічні аспекти тощо (Appleby et al., 2019).

Потенційними перевагами дистанційної терапії з погляду задоволеності й мотивації пацієнтів без потреби відвідувати лікаря. Серед перешкод для її використання хворими та терапевтами – труднощі з налаштуванням і підключенням відповідного обладнання, проблеми з інтерфейсом, а також брак приватності в домашніх умовах (Yuagi et al., 2018). Додатковими бар'єрами для виконання віддаленої реабілітації є недостатнє розуміння пацієнтом терапевтичних процесів, труднощі з когнітивною обробкою або порушення зору.

Отже, слід визначити, чи годиться дистанційна реабілітація конкретному пацієнту після інсульту залежно від ситуації, що склалася, та які програми та обладнання є для нього прийнятними. Для пацієнтів, які не мають доступу до віддаленої терапії, мають бути запропоновані альтернативні варіанти візиту до лікаря.

Програми телереабілітації мають:

- бути персоналізовані відповідно до цілей і вподобань пацієнта;
- використовуватися за умови, якщо підтверджено їх суттєве значення для якнайшвидшого видужання;
- бути контрольовані та адаптовані відповідно до терапевтичного прогресу для досягнення цілей;
- передбачати зустріч із терапевтом (Guideline Development Group Consensus, 2023).

Для хворих, які проходять реабілітацію після інсульту, слід оцінити їх здатність застосовувати допоміжні технології, а також адаптувати програми й обладнання на індивідуальному рівні (Guideline Development Group Consensus, 2023).

Самостійна реабілітація

Самореабілітація передбачає застосування терапевтичних підходів поза клінічними умовами (Da-Silva et al., 2018). Цей варіант допомоги можна використовувати у комплексі з іншими реабілітаційними заходами для збільшення загальної тривалості, інтенсивності та ефективності терапії. Персоналізація терапевтичних програм відповідно до вподобань, потреб і клінічної ситуації пацієнта є важливою для сприяння дотриманню режиму самореабілітації (Vadas et al., 2021).

Для хворого, який переніс інсульт та може дотримуватися самостійного терапевтичного режиму (або за підтримки особи, яка здійснює догляд), доцільно розглянути можливість проведення самореабілітації (Palmer et al., 2019). Пацієнтам після інсульту слід запропонувати навчання та ресурси, які допоможуть їм здійснювати самостійну терапію на додаток до стандартної реабілітації відповідно до клінічних цілей і вподобань. Самореабілітацію варто контролювати та регулярно переглядати (Guideline Development Group Consensus, 2023).

Активність пацієнтів та участь у цювальній діяльності Набуття самостійності

У хворих, які перенесли інсульт, можуть виникати труднощі з повсякденною діяльністю (як домашньою, так і суспільною), тому важливо надати рекомендації, які допоможуть їм вести повноцінне життя. Активність у повсякденному житті умовно розділяють на інструментальну та персональну. Остання стосується основних повсякденних дій, як-от умивання, одягання, купання, відвідування туалету, приймання їжі та пиття.

Після інсульту персональна активність у повсякденному житті може бути ускладненою як через фізичні, так і через когнітивні порушення, що чинять вплив на здатність пацієнта вести самостійне життя (Working Party Consensus, 2016).

Пацієнта з інсульту має оглянути лікар із відповідним досвідом щодо його безпеки та самостійності у всіх сферах повсякденного життя. Зокрема, пацієнт з обмеженнями персональної активності після інсульту має:

1. Отримати направлення до ерготерапевта, який володіє знаннями та навичками у сфері неврологічної реабілітації. Оцінювання стану пацієнта передбачає розгляд впливу прихованих порушень (як-от виконавча дисфункція, порушення зору тощо) на функціонування.
2. Пройти огляд ерготерапевта протягом 24 год після госпіталізації до інсультного відділення.
3. Отримати лікування для надання допомоги в прийнятті раціонального рішення в різних клінічних ситуаціях (наприклад, із харчуванням, у робочій сфері) після прийняття спільного рішення ерготерапевтом та іншими фахівцями міждисциплінарної групи (Legg et al., 2006; Guideline Development Group consensus, 2023).

Крім того, пацієнту після інсульту за потреби слід запропонувати специфічне лікування, яке передбачає практику одягання для тих, хто має проблеми у цій сфері, поліпшення можливостей самообслуговування, забезпечення і навчання пацієнтів та їхніх сімей / опікунів використання обладнання, яке підвищує безпеку самостійності хворого на інсульт (Walker et al., 2011).

Харчування та вживання рідини

Зневоднення та недоїдання є поширеними явищами у стаціонарних пацієнтів з інсульту, що асоціюються з підвищеною смертністю та ускладненнями, а також гіршими функціональними і клінічними наслідками (Foley et al., 2008; Rowat et al., 2012). Погане харчування, втрата ваги, проблеми з годуванням і ковтанням можуть зберігатися протягом багатьох місяців. Високий ризик зневоднення та недоїдання після інсульту пов'язаний

із багатьма чинниками, зокрема з фізичними, соціальними та психологічними проблемами (Working Party consensus, 2016).

У пацієнтів із гострим інсульту важливо оцінити рівень гідратації за допомогою стандартизованого підходу протягом 4 год після прибуття до лікарні, а також виконувати його регулярний контроль. До того ж у таких хворих варто виконувати скринінг на ризик недоїдання (за допомогою валідованих інструментів) під час госпіталізації та принаймні щотижня після цього (Guideline Development Group Consensus, 2023).

Особи із гострим інсульту, що під час госпіталізації мають низький ризик недоїдання та здатні їсти самостійно, не мають регулярно отримувати пероральні харчові добавки. Пацієнтів із ризиком недоїдання або потребою у зондовому годуванні чи модифікації режиму харчування слід скерувати до дієтолога для моніторингу та надання рекомендацій і нутритивної підтримки (NICE, 2022; Geeganage et al., 2012).

Пацієнти з інсульту, які не в змозі підтримувати належне харчування та гідратацію перорально, мають:

- бути скеровані до дієтолога для спеціалізованого оцінювання харчової поведінки, надання консультації та моніторингу;
- отримати оцінку щодо годування через назогастральний зонд протягом 24 год після госпіталізації;
- отримати годування через гастростому, якщо назогастральний зонд їм не підходить (NICE, 2023).

Особам з інсульту, які виписані з лікарні, але все ще мають проблеми з харчуванням, важливо надати план догляду для контролю частоти вживання їжі, щоб гарантувати, що вона відповідає їхнім потребам (NICE, 2017). Слід простежити, щоб у хворого після інсульту, який отримує паліативну допомогу, не було обтяжливих обмежень щодо вживання їжі та рідини, якщо вони посилюють страждання (Guideline Development Group consensus, 2023).

Континенція

Порушення функцій сечового міхура і кишківника часто виникають у гострій фазі інсульту та можуть зберігатися протягом тривалого часу. Нетримання сечі значно підвищує ризик ушкодження шкіри та утворення пролежнів. Своєю чергою, нетримання калу пов'язане з тяжчим перебігом інсульту, і його важче лікувати. Закреп є поширеним явищем, що виникає у 55% осіб упродовж першого місяця після інсульту і може погіршити нетримання сечі та/або калу (Working Party Consensus, 2016).

Пацієнти з інсульту, у яких через два тижні після епізоду зберігається порушення функції сечового міхура та/або кишківника, мають пройти повторне обстеження для визначення причини і призначення відповідної терапії прийняття за спільного рішення. План лікування має охоплювати:

- лікування встановленої причини нетримання сечі та/або калу;
- навчання осіб з інсульту та/або членів їхніх родин / доглядальників відповідним заходам, запроваджуваним у разі нетримання сечі та/або калу;
- скерування для отримання спеціалізованого лікування та поведінкової адаптації, якщо пацієнт на це здатний (Thomas et al., 2008).

Зокрема, хворим після інсульту, у яких зберігаються проблеми з випороженням кишківника, слід надати рекомендації щодо дієти, споживання рідини, регламентованого розпорядку відвідування туалету та відповідних фізичних вправ. Фахівець має розглянути структуровану програму, яка передбачає заходи з догляду за кишківником під керівництвом медсестри, навчання та надання необхідної інформації особам з інсульту та членам родини / опікунам, а також застосування ректальних проносних засобів, якщо є серйозні проблеми (NICE, 2007; Coggrave et al., 2006).

Сексуальна дисфункція

Фізичні та психологічні наслідки інсульту часто чинять негативний вплив на стосунки зі статевими партнерами. Сексуальна дисфункція, що є поширеним явищем після перенесеного інсульту, може посилити ці проблеми (Thompson, Ryan, 2009).

Після виписки та під час планових оглядів в осіб з інсульту слід цікавитися, чи мають вони сексуальні проблеми (Schmitz, Finkelstein, 2010). Якщо пацієнт скаржиться на сексуальну дисфункцію та потребує додаткової

допомоги, варто запевнити, що сексуальна активність не протипоказана і, найімовірніше, не спровокує наступного епізоду. Далі необхідно визначити проблеми, які підлягають лікуванню, зокрема оцінити еректильну дисфункцію та призначити інгібітор фосфодіестерази типу 5 (наприклад, силденафіл). Однак не рекомендовано застосовувати вказаний препарат упродовж трьох місяців після інсульту та/або до досягнення контролю артеріального тиску. У разі збереження сексуальної дисфункції пацієнт має бути скерований до фахівця, що спеціалізується на психосексуальних порушеннях (Melnik et al., 2007; Lorberboym et al., 2010).

Керування автотранспортом

Керування автомобілем особою після інсульту пов'язане з потенційними ризиками. Тому медичні працівники мають обговорити їх із пацієнтом та надати відповідні рекомендації (Working Party Consensus, 2016).

Особи після інсульту, які хочуть керувати автомобілем, мають пройти обстеження щодо абсолютних протипоказань для керування, як-от наявність епілептичних нападів, значні дефекти поля зору, зниження його гостроти або двоїння в очах. У пацієнтів після інсульту слід оцінити порушення, які можуть мати вплив на їхню відповідність вимогам водіння, зокрема з когнітивними, мовними, зоровими та моторними. Пацієнти зі стійкими порушеннями після інсульту, які планують повернутися до керування автомобілем, мають пройти детальний скринінг стану та поведінки в дорозі (Devos et al., 2011).

Повернення до роботи

Важливою метою для багатьох пацієнтів, які перенесли інсульт, є процес повернення до роботи. У середньому через рік після епізоду інсульту до робочого процесу повертаються 56% хворих (Duong et al., 2019). Серед переваг повернення до роботи – підвищення якості життя хворих, поліпшення самопочуття та сприйняття загального стану здоров'я, зменшення депресії, а також більшу самостійність і автономію (Westerlind et al., 2020).

Особам, які після перенесення інсульту бажають повернутися до роботи, необхідно:

1. Надати інформацію щодо прав, фінансової підтримки та професійної реабілітації.
2. Забезпечити підтримку для розуміння наслідків інсульту та потреб, пов'язаних із роботою.
3. Оцінити відповідні навички і компетенції, щоб визначити потенціал для повернення до роботи.
4. Рекомендувати залучитися до обговорення та прийняття рішень щодо часу і способу повернення до роботи, її характеру й обсягу.
5. Забезпечити підтримку щодо працевлаштування або професійної реабілітації відповідно до потреб (Ntsiea et al., 2015).

Уповноважені медичні працівники мають надати довідку про придатність пацієнта до роботи, що містить рекомендовані зміни щодо виконуваних завдань, робочого середовища тощо (Scott, Bondoc, 2018; Guideline Development Group Consensus, 2023).

Моторне відновлення пацієнтів і фізичні наслідки інсульту

М'язова слабкість і низька кардіореспіраторна витривалість

Слабкість м'язів кінцівок і обличчя є одним із найпоширеніших порушень після інсульту, що призводить до геміплегії. М'язова слабкість чинить негативний вплив на спритність і функціонування кінцівок, рівновагу та ходьбу, а також загальну повсякденну діяльність (Preston et al., 2021).

Для пацієнтів після інсульту важливо вибрати зміцнювальні втручання на індивідуальному рівні, що збільшують фізичну силу, поліпшують активність і не призводять до збільшення спастичності (Ada et al., 2006).

Крім того, значна частка хворих ще до перенесеного інсульту мають низьку кардіореспіраторну витривалість, яка після інсульту погіршується через підвищене витрачання енергії на рухові функції та зниження активності (Tieges et al., 2015; Kramer et al., 2016). Низька кардіореспіраторна витривалість може ускладнити процес відновлення осіб з інсульту, що призводить до зменшення подальшої повсякденної діяльності та підвищення ризику рецидиву (Billinger et al., 2015).

Продовження на наст. стор.

Початок на попередній стор.

Основним підходом для подолання м'язової слабкості та поліпшення кардіореспіраторної витривалості після інсульту є регулярне виконання структурованих вправ, як-от:

- кардіореспіраторне тренування (зазвичай ходьба або їзда на велосипеді);
- тренування з опором або силові вправи для поліпшення м'язової сили та витривалості;
- змішане тренування – поєднання кардіореспіраторних і силових вправ (Saunders et al., 2020).

Хворих після інсульту слід обстежити щодо м'язової слабкості та стану серцево-судинної системи за допомогою стандартизованого підходу. Осіб із підтвердженою м'язовою слабкістю, що обмежує їхню активність, протягом 24 год після надходження до лікарні має оглянути фахівець у сфері неврологічної реабілітації (Guideline Development Group consensus, 2023).

Клініцисти мають здійснити скринінг (із застосуванням бігових доріжок, електрокардіографії та моніторингу артеріального тиску), призначити та потім контролювати програми вправ для осіб з інсультом, наприклад за допомогою тесту 6-хвилинної або човникової ходи (MacKay-Lyons et al., 2020).

Кардіореспіраторні або змішані тренування слід рекомендувати пацієнтам з інсультом, щойно їхній стан стабілізується, незалежно від віку, часу, який минув після інсульту, а також тяжкості порушень. Заняття мають тривати не менш ніж 30-40 хв 3-5 разів на тиждень упродовж 10-20 тиж. (змішані тренування – принаймні 3 дні на тиждень упродовж 20 тиж.). Вибираючи програми вправ, слід керуватися індивідуальними характеристиками, цілями та вподобаннями пацієнта (Guideline Development Group Consensus, 2023).

Для осіб із порушенням дихання та ризиком розвитку пневмонії після інсульту слід розглянути запровадження тренувань дихальних м'язів за допомогою дихального тренажера, принцип роботи якого полягає у створенні опору під час вдиху, або тренажера з повітряним опором (Zhang et al., 2022).

Для пацієнтів з інсультом, які не можуть самостійно виконувати силові тренування, доцільно розглянути використання нервово-м'язової або функціональної електричної стимуляції як допоміжного засобу до фізичних вправ (MacKay-Lyons et al., 2020).

Порушення рухових функцій верхніх кінцівок

Близько у 70% пацієнтів відзначається втрата функції верхньої кінцівки після інсульту, яка надалі зберігається до 40% випадків. Патерни відновлення значною мірою залежать від вихідного ступеня функціонування руки та прохідності кортикоспінального тракту (Stinear et al., 2017).

Прогностичні інструменти для відновлення функції верхньої кінцівки у клінічній практиці, зокрема, застосовують для визначення категорії хворих, яка отримує користь внаслідок інтенсивних втручань, а також тих, хто потребує компенсаторного підходу, спрямованого на зменшення вторинних ускладнень, як-от підвигів плеча, біль і спастичність. Лікування та відновлення верхньої кінцівки із геміплегією у пацієнтів після інсульту часто триває місяці чи навіть роки і має розглядатися в контексті контролю інших проблем, серед яких порушення чутливості, сенсорного або зорового сприйняття, спастичність, проблеми з рівновагою тощо (Guideline Development Group Consensus, 2023).

Основними методами відновлення функції верхньої кінцівки є:

1. **Повторювані завдання.** Відновлення верхньої кінцівки найкраще досягається за допомогою тренувань, які передбачають повторення функціональних і цілеспрямованих вправ. Процес має охоплювати допоміжні засоби та обладнання, необхідні для безпечної, інтенсивної та функціонально значущої практики (Guideline Development Group Consensus, 2023).

2. **Електростимуляція.** Цей метод використовують протягом багатьох років як допоміжний спосіб лікування моторних порушень верхньої кінцівки. Найпоширенішою є нервово-м'язова електростимуляція розгиначів зап'ястя та пальців, яка стимулює скорочення м'язів для зменшення слабкості та рухових порушень (Guideline Development Group Consensus, 2023).

3. **Стимуляція блукаючого нерва.** Ця методика спрямована на посилення ефекту тренування верхньої кінцівки

з повторюваними завданнями. Точний механізм дії такого методу до кінця не встановлений, але відомо, що він пов'язаний зі збільшенням нейропластичності (Engineer et al., 2019).

4. **Обмежено-індукована рухова терапія.** Інтенсивна поетапна практика рухів паретичної руки під час виконання функціональних щоденних завдань залишається ключовим компонентом в усіх модифікованих програмах терапії та має бути узгоджена на індивідуальному рівні (Kwakkel et al., 2015).

5. **Ментальна практика.** Цей метод передбачає уявлення регулярного здійснення рухів без фізичних спроб. Нейровізуалізаційні дослідження засвідчили, що розумове тренування сприяє нейропластичності, адже під час уявної практики та фізичної активності активуються аналогічні ділянки мозку (Di Rienzo et al., 2014).

6. **Дзеркальна терапія.** Такий підхід передбачає виконання рухів здоровою рукою зі спостереженням за дзеркальним відображенням ушкодженої кінцівки. Це створює візуальну ілюзію можливості рухати паретичною рукою. За деякими даними, метод сприяє моторній функції верхньої кінцівки завдяки активації первинної моторної кори або дзеркальних нейронів (Yang et al., 2018).

7. **Роботизована рухова терапія.** Ця методика передбачає застосування пристроїв для забезпечення пасивних, активних або резистивних рухів кінцівок і дає змогу запроваджувати тривалі періоди лікування, адаптувати та підвищити його інтенсивність завдяки повторенням (Chang, Kim, 2013).

Особам, у яких зберігається певна рухливість верхніх кінцівок після перенесеного інсульту, рекомендовано практику повторюваних завдань як основного методу реабілітації (Zhang et al., 2021). У хворих після інсульту з активним розгинанням зап'ястя щонайменше на 20° та активним розгинанням пальців ураженої руки на 10° слід розглянути застосування обмежено-індукованої рухової терапії (Abdullahi, 2018).

Для пацієнтів після інсульту з м'язовою слабкістю зап'ястя та пальців, що обмежує функціонування кінцівки, доцільною може бути функціональна електростимуляція як засіб доповнення до традиційної терапії відповідно до індивідуальних особливостей хворого. Особи з інсультом без рухливості руки або кисті мають перебувати під наглядом та в разі виникнення будь-яких змін розпочати виконання повторюваних завдань (Guideline Development Group Consensus, 2023).

Дзеркальна терапія та/або ментальна практика можуть бути застосовані як доповнення до звичайних заходів реабілітації для поліпшення функції верхньої кінцівки у хворих після інсульту (Poveda-Garcia et al., 2021). Крім того, до стандартної терапії для осіб із легкою або помірною м'язовою слабкістю верхньої кінцівки після інсульту можна додати розгляд питання про черезшкірну стимуляцію блукаючого нерва (Ahmed et al., 2022).

Роботизована рухова терапія також може бути корисною для пацієнтів, які перенесли інсульт, із порушенням роботи верхньої кінцівки – для швидшого відновлення моторних функцій, бажано в контексті клінічного випробування (Takebayashi et al., 2020).

Атаксія

Атаксія виникає приблизно у 3% осіб з ішемічним інсультом та вирізняється порушенням координації кінцівок, дизартрією і ністагмом. За атаксії поширеними є проблеми з рівновагою та падіння, а також наявність дисфагії (Deluca et al., 2011).

Пацієнтів з інсультом системи кровообігу задньої частини мозку слід обстежити на наявність атаксії за допомогою стандартизованого підходу. Хворим після інсульту з підтвердженою атаксією рекомендовано виконувати повторювані інтенсивні вправи для збільшення м'язової сили та поліпшення рухових функцій (Choi et al., 2018).

Порушення рівноваги

Значна частка пацієнтів після інсульту мають проблеми з рівновагою, що підвищує ризик падінь. Для таких хворих слід виконати структуроване багатofакторне оцінювання, що передбачає дослідження інших можливих причин, як-от приймання ліків, порушення зору, м'язова слабкість, вестибулярні розлади (Guideline Development Group Consensus, 2023).

Особи після інсульту з порушенням рівноваги на будь-якому рівні (у положенні сидячи, стоячи, під час ходьби) мають виконувати повторювані вправи для

контролю рівноваги, наприклад вправи для м'язів тулуба, тренування на біговій доріжці, колові, функціональні, зміцнювальні вправи, фітнес-тренування тощо (Hugues et al., 2019; Nindorera et al., 2021).

Пацієнтам після інсульту з обмеженнями тильного згинання стопи або нестабільністю гомілковостопного суглоба, що спричиняє порушення рівноваги, слід розглянути можливість використання ортезів гомілковостопного суглоба та/або функціональної електростимуляції (Scrivener et al., 2020). Хворим після інсульту, які скаржаться на проблеми з рівновагою у положенні стоячи, слід запропонувати допоміжні засоби під час ходи. Для осіб із порушенням рівноваги у положенні сидячи доцільно розглянути застосування спеціального обладнання (Johnston et al., 2021).

Ризик падінь

Пацієнти, які перенесли інсульт, схильні до високого ризику падінь на всіх етапах відновлення, що асоційовано із серйозними психологічними та фізичними наслідками (Verheyden et al., 2013).

Падіння переважно асоційовані з порушенням рівноваги та рухливості, застосуванням самопоміжних, седативними або психотропними препаратами, когнітивними розладами, депресією, падіннями в анамнезі (Xu et al., 2018).

Хворим після інсульту рекомендовано оцінити ризики падінь, зокрема фізичні, сенсорні, психологічні, фармакологічні та екологічні чинники, і в разі потреби призначити відповідне лікування. Особи з інсультом мають пройти обстеження щодо страху падінь та в разі його виявлення отримати психологічну підтримку (Working Party Consensus, 2016).

Пацієнтам із високим ризиком падінь після інсульту слід запропонувати стандартизоване оцінювання ризику переломів як частину реабілітації після інсульту. Хворим після інсульту із симптомами дефіциту вітаміну D варто призначити препарати з кальцієм та вітаміном D (NICE, 2017; SIGN, 2021).

Крім того, особам після інсульту з високою імовірністю падінь слід рекомендувати фізичну активність, що передбачає тренування балансу і координації, принаймні двічі на тиждень (Department of Health UK, 2019).

Порушення ходьби

Приблизно половина осіб, які перенесли інсульт, не можуть ходити або мають обмежену здатність до ходіння. Основою лікування є інтенсивна практика ходи, а також вправи з використанням допоміжних засобів та обладнання, необхідних для безпечної практики й мобільності хворих за повсякденної діяльності. Практика ходьби поліпшує роботу серцево-судинної системи, розвиває моторні навички, силу та витривалість (Guideline Development Group Consensus, 2023).

Пацієнтів з обмеженою рухливістю після інсульту слід забезпечити відповідними засобами пересування (зокрема, колісним кріслом) і навчити користуватися ними. Також таким хворим рекомендовано виконувати регулярні фізичні вправи для поліпшення аеробної витривалості та м'язової сили, якщо немає протипоказань. Практика повторюваних завдань має бути основним підходом до реабілітації таких хворих (Scrivener et al., 2020).

Біль

Нейропатичний біль

Інсульт є однією з причин виникнення болю після ушкодження нервових тканин. Частота виникнення нейропатичного болю (НБ) в осіб з інсультом коливається від 5 до 20%, і його часто можна сплутати зі спастичністю чи втратою чутливості.

Початкова медикаментозна терапія для пацієнтів із НБ після інсульту передбачає застосування одного з таких препаратів:

- амітриптилін, починаючи з 10 мг/добу із поступовим титруванням залежно від переносимості, але не більше 75 мг/добу;
- габапентин, починаючи з 300 мг двічі на день із титруванням залежно від переносимості до максимальної дози 3,6 г на добу;
- прегабалін, починаючи зі 150 мг/добу (розподілених на дві дози; для деяких хворих може бути доцільною нижча початкова доза) із титруванням залежно від

Продовження на наст. стор.



ЕКЗИСТА

прегабалін

ЗАВЖДИ Є ВИХІД!

Прегабалін (наприклад екзиста) – вибір при лікуванні невропатичного болю²

Клінічно доведена ефективність при генералізованому тривожному розладі, епілепсії, невропатичному болю та фіброміалгії^{2, 3}

- Максимальна концентрація протягом однієї години³
- Низький ризик взаємодії³
- Лінійна фармакокінетика³



ДОВЕДЕНА БІОЕКВІВАЛЕНТНІСТЬ¹

Склад: діюча речовина: прегабалін; Капсули тверді по 75 мг або 150 мг по 14 капсул у блистері, по 2 або 4 блистера в картонній коробці. Код АТХ N03A X16. Показання. Невропатичний біль. Епілепсія. Генералізований тривожний розлад. Фіброміалгія. Протипоказання. Гперчутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин. Побічні реакції. Найчастішими зареєстрованими побічними реакціями були запаморочення та сонливість (дивіться повну інструкцію). Категорія відпуску. За рецептом. Р.П. МОЗ України UA/17002/01/01, UA/17002/01/02. Виробник АТ«Адамед Фарма», Польща. Заявник: АТ «Адамед Фарма», Польща.
Коротка інформація для медичного застосування препарату Екзиста. Повна ін-

формація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. Матеріал призначено для професійної діяльності фахівців сфери охорони здоров'я, для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.
1. Клінічне дослідження з оцінки біоеквівалентності. Study No.PRE-BIO-01-13. Звіт за грудень 2013 року. 2. A. Szczudlik, J. Dobrogowski, J. Wordliczek Rozpoznanie i leczenie bólu neuropatycznego:przegląd piśmiennictwa i zalecenia Polskiego Towarzystwa Badania Bólu i Towarzystwa Neurologicznego Ból 2014, Tom 15, Nr 3, s. 8-21. 3. Інструкція для медичного застосування препарату Екзиста.


ADAMED
Для Родини



переносимості, але не більше 600 мг/добу (розподілені на дві дози).

Якщо особи з НБ після інсульту не досягають задовільного зменшення болю за допомогою лікування препаратом у максимально переносимій дозі, слід розглянути можливість призначення іншого медикаменту або його комбінації з початковим препаратом. Так, якщо на першому етапі терапії пацієнт приймав амітриптилін, слід перейти на прегабалін або їх комбінацію. У разі якщо спочатку був призначений габапентин, необхідно змінити на прегабалін. Якщо ж хворий спершу застосовував прегабалін, доцільно перейти на амітриптилін чи їхню комбінацію.

Пацієнти із НБ мають проходити регулярне оцінювання, зокрема, фізичної та психологічної сфер, побічних ефектів, впливу на спосіб життя, сон та активність, а також подальшої потреби у медикаментозному лікуванні. У разі досягнення зменшення болю терапію слід продовжувати та розглядати поступове зниження дози препарату з часом, якщо поліпшення стану хворого є стійким (NICE, 2020; Wiffen et al., 2013).

Скелетно-м'язовий біль

Скелетно-м'язовий біль є дуже поширеним явищем у пацієнтів, які перенесли інсульт. Тривала нерухомість може спричинити виникнення болю і загострити наявні раніше захворювання опорно-рухового апарату, як-от остеоартрит.

Для осіб після інсульту зі скелетно-м'язовим болем рекомендоване фармакологічне лікування знеболювальними препаратами. Доцільно розглянути застосування парацетамолу, місцевих нестероїдних протизапальних препаратів або черезшкірної електростимуляції нервів, перш ніж додавати опіоїдні анальгетики (NICE, 2022; Working Party Consensus, 2016).

Геміплегічний біль у плечі

Підвивих плеча за геміплегії розвивається у 30-65% осіб з інсультом і часто пов'язаний зі слабкістю верхніх кінцівок, підвивихом плечового суглоба та обмеженим діапазоном рухів плеча (Kumar et al., 2022). Лікування підвивиху плеча є пріоритетом для оптимізації відновлення моторних функцій верхньої кінцівки, зменшення спастичності та болю (Adey-Wakeling et al., 2016).

У пацієнтів після інсульту, яких турбує біль у плечі, слід:

- оцінити причини (зокрема проблеми з опорно-руховим апаратом, підвивих і спастичність) та призначити відповідне лікування;
- регулярно контролювати ступінь болю за допомогою валідованого інструменту його оцінювання;
- застосовувати профілактичні заходи;
- призначити знеболювальні засоби (Working Party consensus, 2016).
- Для осіб із болем у плечі після інсульту використання внутрішньосуглобових ін'єкцій стероїдів доцільне лише за наявності запального артрити (Rah et al., 2012).

Спастичність і контрактури

На спастичність страждають до 40% пацієнтів зі значною м'язовою слабкістю після інсульту, яка у 15% випадків призводить до інвалідності. Спастичність пов'язана з виникненням болю, контрактур та інших рухових порушень (Glaess-Leistner et al., 2021).

Контрактури часто виникають у кінцівках пацієнтів після інсульту, у яких є спастичність, та можуть перешкоджати таким діям, як миття чи одягання, обмежувати здатність сидіти в колісному кріслі чи рухатися.

Пацієнтів із м'язовою слабкістю після інсульту необхідно обстежити щодо наявності спастичності як причини болю, чинника, що обмежує рухову активність, а також як чинника ризику розвитку контрактур. Хворі зі спастичністю після інсульту мають перебувати під наглядом для визначення ступеня тяжкості й ефективності доступних заходів для зменшення спастичності, як-от позиціонування, пасивні / активні рухи (із моніторингом діапазону рухів і зміною функції) та/або контроль болю (Royal College of Physicians et al., 2018; Working Party Consensus, 2016).

Для осіб після інсульту, які страждають на стійку або прогресувальну фокальну спастичність із 1-2 зонами ураження, слід розглянути внутрішньом'язове введення ботулотоксину. Лікування має супроводжуватися реабілітаційною терапією та/або шинуванням або

гіпсуванням протягом 12 тиж. після ін'єкції. Досягнення мети щодо зменшення спастичності слід оцінювати через 3-4 міс. після введення ботулотоксину і планувати подальше лікування залежно від відповіді пацієнта.

Хворим із генералізованою або дифузною спастичністю після інсульту слід запропонувати застосування міорелаксантів (як-от баклофен, тизанідин) і контролювати побічні реакції, зокрема седативний ефект і посилення слабкості. Комбінації антиспастичних препаратів мають призначати лише фахівці з досвідом лікування спастичності (Gracies et al., 2015).

У пацієнтів після інсульту з підвищеним тонусом, що зменшує пасивні або активні рухи в суглобі, необхідно спершу оцінити діапазон пасивних рухів суглоба. Застосування шинування або гіпсування доцільно розглянути лише після індивідуального оцінювання та під наглядом відповідного кваліфікованого персоналу. Для осіб зі спастичністю верхніх або нижніх кінцівок після інсульту використання електричної стимуляції не рекомендовано (Johnston et al., 2021).

Хворі, які перенесли інсульт та мають високий ризик формування контрактури, мають перебувати під наглядом для виявлення проблемної спастичності та запровадження відповідних втручань, щоб запобігти виникненню ураження шкіри, болю, значних проблем із гігієною, одяганням тощо (Guideline Development Group Consensus, 2023).

Постінсультна втомлюваність

За оцінками, на постінсультну втомлюваність страждають від 35 до 92% пацієнтів з інсультом (Duncan et al., 2012). Постінсультна втомлюваність вирізняється непропорційним відчуттям постійної втоми, браком енергії та більшою, ніж зазвичай, потребою у відпочинку (Lancot et al., 2020).

Вона може мати серйозний вплив на життя осіб після інсульту, зокрема їх повернення до роботи, мобільність, фізичну активність, настрій, когнітивні функції та соціальну поведінку (Worthington et al., 2017).

Пацієнтів з інсультом слід обстежити щодо наявності постінсультної втомлюваності, зокрема чинників, що можуть прискорити або посилити її (як-от депресія, тривога, розлади сну, біль). Час для проведення огляду – при виписці з лікарні, через 6 міс. і надалі щорічно. Крім того, таким хворим слід якомога раніше надати відповідну інформацію про постінсультну втомлюваність і пояснити, як їй запобігти та як контролювати (Lancot et al., 2020). Особи з постінсультною втомлюваністю мають бути залучені до прийняття рішень щодо стратегій лікування залежно від їхніх індивідуальних потреб, особливостей і цілей (Ablewhite et al., 2022).

Дисфагія

Дисфагія є досить поширеним станом після гострого інсульту із частотою від 40 до 78%. Більшість пацієнтів із дисфагією після інсульту одужують, але у певній частині через 6 міс. зберігаються стійке порушення ковтання та аспірація, а деякі хворі, особливо з ураженням стовбура головного мозку, мають хронічні серйозні труднощі з ковтанням (Mann et al., 1999).

Затримка скринінгу та оцінювання порушення ковтання в осіб після інсульту пов'язана з підвищеним ризиком розвитку пневмонії. Тому хворі, які перенесли гострий інсульт, мають бути обстежені щодо можливості ковтати протягом 4 год після прибуття до лікарні та перед прийманням їжі, рідини або ліків (Bray et al., 2017).

Для пацієнтів з утрудненим ковтанням після гострого інсульту слід:

- розглянути альтернативні варіанти вживання рідини;
- виконати повне спеціалізоване оцінювання функції ковтання протягом 24 год після госпіталізації;
- розглянути можливість годування через назогастральний зонд упродовж 24 год;
- забезпечити достатню гідратацію, харчування та приймання ліків альтернативними способами (NICE, 2022).

У хворих після інсульту з підозрою на аспірацію або тих, хто потребує зондового годування чи модифікації харчування, необхідно розглянути виконання інструментального дослідження (як-от відеофлюороскопія або фіброоптичне ендоскопічне оцінювання ковтання) (Kertscher et al., 2014). Крім того, для осіб із післяінсультною дисфагією може бути доцільною нервово-м'язова електростимуляція як доповнення до поведінкової реабілітації (Zhao et al., 2022).

Годування через гастростому в пацієнтів з інсультом слід розглянути за неможливості приймання їжі через

назогастральний зонд. Також годування через гастростому вважається необхідним у довгостроковій перспективі, якщо хворі нездатні ковтати їжу та рідину протягом 4 тиж. від початку інсульту (Guideline Development Group Consensus, 2023).

Психологічні наслідки інсульту

Загальні аспекти

Діагностування та лікування когнітивних порушень і розладів настрою у хворих, які перенесли інсульт, слід розглядати на всіх етапах мультидисциплінарної допомоги. Адже вони пов'язані з негативними післяінсультними наслідками, серед яких тривале перебування у лікарні та зниження самостійності пацієнтів, а також із підвищеною смертністю (Gillham, Clark, 2011).

У хворих після інсульту можуть спостерігатися розлади різного ступеня, як-от:

- легкі порушення;
- помірні розлади, що чинять вплив на повсякденну діяльність або участь у реабілітації;
- серйозні або стійкі психологічні проблеми, що мають значний вплив на безпеку чи прийняття рішень.

Після проходження скринінгу особи з когнітивними порушеннями після інсульту та члени їхніх родин / опікуни мають отримати відповідну допоміжну інформацію щодо наявних проблем, наслідків і рекомендованого терапевтичного підходу. До того ж слід розглянути необхідність залучення таких хворих до програм кардіореспіраторних тренувань середньої інтенсивності для поліпшення когнітивних функцій як частини загального підходу до лікування, що передбачає також нейропсихологічне оцінювання та втручання (Lin et al., 2022).

Апраксія

Апраксія являє собою труднощі з виконанням цілеспрямованих завдань через порушення концептуальної здатності до організації дій. Особи з апраксією часто мають проблеми з правильним використанням предметів у щоденному житті, одяганням або приготуванням їжі, попри достатню чутливість та адекватні рухи кінцівок (Working Party Consensus, 2016).

У пацієнтів із труднощами виконання повсякденних дій після інсульту слід оцінити наявність апраксії за допомогою стандартизованих інструментів. Хворим з апраксією після інсульту та членам їхніх родин / опікунам слід пояснити особливості цього порушення та його впливу на функціонування, а також запропонувати відповідну терапію (Vanbellingen et al., 2011).

Порушення концентрації та уваги

Порушення концентрації та уваги є поширеним явищем після інсульту, особливо впродовж перших кількох днів і тижнів, але також може зберігатися тривалий час. Ці проблеми призводять до розвитку підвищеної втомлюваності, порушень настрою та труднощів із самостійним життям (Working Party Consensus, 2016).

У пацієнтів, які після інсульту не можуть зосередитися або легко відволікаються, слід оцінити наявність порушення концентрації та уваги за допомогою стандартизованих методик.

Особам із розладами уваги після інсульту та членам їхніх сімей / доглядальникам необхідно надати роз'яснення щодо наявних проблем та запропонувати відповідні втручання (Loetscher, Lincoln, 2013).

Порушення пам'яті

Суб'єктивні проблеми з пам'яттю є дуже поширеними після інсульту. Дефіцит пам'яті може призвести до довшого перебування хворого у лікарні, негативних наслідків, підвищення ризику для особистої безпеки тощо (Working Party Consensus, 2016).

У разі виявлення порушень пам'яті в осіб після інсульту, що ускладнює реабілітацію, необхідно:

- надати інформацію про порушення пацієнтам і членам родини / опікунам;
- оцінити наявність чинників, що піддаються лікуванню, або супутніх чинників, як-от делірій, гіпотиреоз;
- визначити профіль порушеної та збереженої пам'яті, зокрема з впливом інших когнітивних проблем, наприклад розладу уваги;
- скорегувати відповідний догляд і терапію;
- навчити компенсаторних технік, щоб зменшити можливі проблеми з пам'яттю (наприклад, використання електронних нагадувань або письмових контрольних списків) (Das Nair, Lincoln, 2012).

Порушення виконавчої функції

Синдром порушення виконавчої функції призводить до труднощів із розв'язанням проблем, плануванням, організацією і контролем поведінки тощо. Осіб після інсульту, які здатні адекватно виконувати складні дії, але мають певні проблеми з контролем поведінки, слід обстежити щодо наявності порушень виконавчої функції. Пацієнтів із виявленими порушеннями виконавчої функції та обмеженням активності після інсульту слід навчити компенсаторних методик, зокрема із внутрішніми / зовнішніми стратегіями та структурованим зворотним зв'язком щодо виконання функціональних завдань (Chung et al., 2013; Working Party Consensus, 2016).

Інтелектуальні порушення

У пацієнтів після інсульту важливо оцінити наявність інтелектуальних порушень, що можуть мати вплив на здатність розуміти, зберігати та обробляти інформацію, а також висловлювати власну думку і бажання під час прийняття конкретних рішень. У разі виявлення інтелектуальних порушень в осіб після інсульту спеціалізована мультидисциплінарна команда має надавати відповідну інформацію та рекомендації хворим і членам родини / опікунам (Working Party Consensus, 2016).

Розлади сприйняття

Розлади сприйняття, що досить часто виникають у пацієнтів після інсульту, охоплюють порушення усвідомлення, розпізнавання, розрізнення та орієнтації. Вони можуть чинити вплив на будь-яку сенсорну модальність, але найбільш широко вивченим є зорове сприйняття, зокрема зорова агнозія (порушення розпізнавання предметів).

Осіб, які перенесли інсульт і мають труднощі сприйняття, необхідно обстежити за допомогою стандартизованих заходів. У хворих з агнозією після інсульту слід оцінити стан та адаптувати навколишнє середовище для зниження потенційних ризиків і поліпшення їхньої самостійності. Пацієнтам доцільно запропонувати перцептивні втручання, як-от функціональні тренування, сенсорна стимуляція, практика повторення завдань тощо (Bowen et al., 2011; Working Party Consensus, 2016).

Синдром ігнорування

Синдром неглекту, або ігнорування, – нейропсихологічний стан, який інколи розвивається у хворих після інсульту, при цьому вони зазвичай не підозрюють про наявне порушення. Воно виражається в ігноруванні половини тіла та/чи простору з боку, протилежного ураженій півкулі головного мозку, а також у зниженій здатності обробляти інформацію.

Для поведінкових симптомів характерне зіткнення з предметами або читання лише одного боку сторінок у газетах чи книгах. Сенсорне ігнорування може виникати в осіб після інсульту зі зниженням відчуття дотику, пропріоцепції або рухів у кінцівці, попри наявність відчуття (Guideline Development Group Consensus, 2023).

Особи з інсульту, який уражає невідомі півкулю головного мозку, входять до групи ризику порушення сприйняття простору на контралатеральному боці й мають пройти стандартизоване оцінювання клінічного стану.

Пацієнтам із синдромом ігнорування після інсульту необхідно:

- навчити компенсаторних стратегій, щоб зменшити вплив розладу на щоденну діяльність;
- запропонувати втручання, спрямовані на зменшення функціонального впливу порушення сприйняття простору (серед яких тренування зорового сканування, активація кінцівок, сенсорна стимуляція, дзеркальна терапія, гальванічна вестибулярна стимуляція, транскраніальна магнітна стимуляція тощо) (Bowen et al., 2013).

Тривога, депресія та психологічний дистрес

Афективні розлади дуже часто виникають у пацієнтів, які перенесли інсульт. За даними опитування у Великій Британії, три чверті осіб після інсульту мали принаймні одну проблему психічного характеру, серед яких 44% – тривогу або депресію, 42% – перепади настрою, 47% – зниження впевненості у собі та 16% – суїцидальні наміри (Stroke Association, 2020).

Важливо своєчасно виконати всебічне оцінювання хворих після інсульту, щоб визначити, що лежить в основі

їхніх психологічних розладів, і скорегувати відповідні реабілітаційні заходи (Taylor-Rowan et al., 2019).

Осіб з інсульту необхідно регулярно обстежувати на наявність тривоги та депресії за допомогою стандартизованих інструментів, а результати слід враховувати під час вибудовування тактики підтримки та лікування. Під час діагностування й терапії пацієнтів із розладами настрою після інсульту клініцисти мають зважати на такі важливі чинники, як тип інсульту, психологічний анамнез, когнітивний чи мовний дефіцит, швидка втомлюваність тощо.

Хворих після інсульту із суїцидальними ідеями (або з їх наявністю в анамнезі) слід скерувати до фахівця у галузі психіатрії для оцінювання та контролю ризиків і негайного надання відповідної терапії. Особам після інсульту зі значним ризиком тривожних розладів чи депресії рекомендовано психотерапію, яка може охоплювати мотиваційне інтерв'ю, когнітивно-поведінкову терапію, практику розв'язання проблем або терапію прийняття та відповідальності, за наявності достатніх когнітивних і мовних навичок (Guideline Development Group Consensus, 2023).

Для пацієнтів після інсульту з метою профілактики депресії призначення селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну можна розглянути тоді, коли інші профілактичні заходи не підходять (наприклад, в осіб із серйозними когнітивними або мовленнєвими порушеннями), або ймовірність розвитку депресії є високою. Зважаючи на баланс ризику та користі згаданих препаратів, слід враховувати можливість посилення побічних ефектів (як-от судороги, перелом стегна) (Allida et al., 2020). У хворих з афазією та зниженням настрою після інсульту доцільно розглянути проведення індивідуальної поведінкової терапії (Thomas et al., 2013).

Для пацієнтів, які страждають на тривожні розлади після інсульту, можна розглянути призначення медикаментозного лікування після спільного обговорення з клініцистом і хворим несприятливих явищ та альтернативних підходів до терапії, зокрема з психологічними втручаннями. В осіб з депресивними або тривожними розладами після інсульту, що лікуються антидепресантами, важливо спостерігати за ефективністю та побічними реакціями протягом перших 6 тиж.

У разі підтвердженої користі лікування має тривати щонайменше 4 міс. після початкових результатів. Якщо через 6 тиж. стан пацієнта не поліпшився, слід перевірити прихильність до терапії, перш ніж розглядати питання про збільшення дози, перехід на інший антидепресант або альтернативні нефармакологічні втручання (Guideline Development Group Consensus, 2023; NICE, 2022).

Апатія

Апатія виникає приблизно у третини осіб з інсульту і має негативний вплив на функціональні результати (Tau et al., 2021). У пацієнтів з інсульту, у яких спостерігається стійке зниження мотивації, цілеспрямованої поведінки або емоційної чутливості, що позначається на участі у реабілітації чи функціональному відновленні, апатію слід розглядати разом з іншими когнітивними порушеннями та розладами настрою.

У хворих з апатією після інсульту доцільно переглянути цілі реабілітації, щоб переконатися, що вони відображають їхні пріоритети, уподобання та цілі.

Під час ведення пацієнтів з апатією після інсульту варто використовувати мультидисциплінарний підхід із залученням клінічного психолога / нейропсихолога, особливо якщо симптоми є тяжкими чи стійкими, для ефективної реабілітації та терапії (Guideline Development Group Consensus, 2023).

Вплив інсульту на комунікацію та мовлення

Афазія

Афазія вражає приблизно третину осіб з інсульту і може чинити значний вплив на життя пацієнтів та членів їхніх родин / доглядальників.

Мовні втручання передбачають два основні підходи:

- 1) заходи щодо багатьох аспектів використання мови, які застосовують кваліфіковані фахівці (наприклад, логопеди);
- 2) цифрова терапія, що здійснюється за допомогою комп'ютерів, мобільних пристроїв, зокрема застосунків, що зазвичай націлені на певний аспект мовної функції (наприклад, здатність вимовляти конкретні слова).

Пацієнтів після інсульту має обстежити логопед на наявність афазії, щоб діагностувати проблему,

розробити та реалізувати відповідну програму лікування.

Особам із підтвердженою афазією слід надати доступ до комунікаційних засобів відповідно до їхніх потреб, цілей та вподобань, а також оцінити здатність користуватися допоміжними технологіями і призначити відповідну терапію. Також таким хворим доцільно запропонувати доступ до соціальних заходів і груп підтримки (Braley et al., 2021; Guideline Development Group Consensus, 2023).

Дизартрія

Дизартрія є неврологічним руховим порушенням, що пов'язане з проблемою контролю м'язів, які відповідають за мовлення. Дизартрія поширена на ранніх стадіях інсульту та часто поєднується з дисфагією.

Осіб із нечіткою або нерозбірливою мовою після інсульту має обстежити логопед. Для пацієнтів із підтвердженою дизартрією після інсульту, яка обмежує спілкування, слід навчити прийомів поліпшення чіткості мовлення, а також розглянути можливість застосування компенсаторних і допоміжних комунікаційних методів (Working Party Consensus, 2016).

Апраксія мовлення

У деяких пацієнтів після інсульту розвивається апраксія мовлення – специфічне порушення здатності планувати та виконувати орально-рухові завдання. Осіб, які мають значні труднощі з артикуляцією слів після інсульту, слід перевірити щодо апраксії мовлення та призначити відповідну терапію, щоб максимізувати вимову ключових слів для поліпшення розбірливості мовлення. У хворих після інсульту із серйозними труднощами спілкування, але хорошими когнітивними та мовними функціями необхідно розглянути застосування альтернативних чи допоміжних комунікаційних методів для компенсації обмеженого мовлення (Connell et al., 2008; Working Party Consensus, 2016).

Сенсорні розлади після інсульту

Порушення чутливості

За деякими оцінками, у $\leq 80\%$ осіб відбувається втрата чутливості або зниження різних соматичних відчуттів – дотику, пропріоцепції чи болю (Doyle et al., 2010). Осіб, які перенесли інсульт, слід обстежити щодо змін чутливості та, якщо вони є, оцінити сенсорні порушення за допомогою стандартизованих інструментів. Хворим із втратою чутливості після інсульту варто пояснити, як уникати травмувань уражених частин тіла. Методи щодо поліпшення сенсорної чутливості можуть бути пасивними (із використанням електричної стимуляції) або активними, що передбачають повторюваний вплив різних стимулів, як-от текстура, температура тощо (Connell et al., 2008; Working Party Consensus, 2016).

Порушення зору

Проблеми із зором після інсульту є дуже поширеними у пацієнтів після інсульту. За даними Rowe et al. (2020), 58% осіб з інсульту мають порушення зору, при цьому до половини з них є безсимптомними. Серед розладів органів зору – зміна гостроти чи зменшення поля зору, як-от геміанопія, обмеження рухів очей, що спричиняє диплопію, ністагм, розмитість зору та погане сприйняття глибини (NICE, 2013; Herworth et al., 2015).

Пацієнти з інсульту мають пройти скринінг щодо візуальних змін із використанням стандартизованого підходу. Особам із дефектами поля зору або обмеженням рухів очей після інсульту слід надати корисну інформацію, підтримку та рекомендації від ортоптика та/або офтальмолога. Хворих із виявленим порушенням зору після інсульту має обстежити ерготерапевт, щоб оцінити здатність пацієнта самостійно виконувати функціональні завдання, його впевненість і безпеку (Working Party Consensus, 2016).

Мультидисциплінарні програми лікування слід розробляти разом з ортоптистом, вони мають уміщувати відновлювальні та компенсаторні підходи для максимальної безпеки й самостійності пацієнтів відповідно до їхнього клінічного стану, цілей і вподобань (Pollock et al., 2019; Guideline Development Group Consensus, 2023).

Підготувала **Олена Коробка**

Оригінальний текст документа читайте на сайті
www.strokeguideline.org