

УДК 616-036.868-07:[616.831-005.1-036.86]

МЕДВЕДКОВА С.А.  
Запорожский государственный медицинский университет

## ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ МОЗГОВОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПОЛУШАРНОГО ИНСУЛЬТА

**Резюме.** В клинике нервных болезней Запорожского государственного медицинского университета проведено комплексное клинично-инструментальное обследование и лечение 85 больных, перенесших мозговой ишемический полушарный инсульт, на 10, 30, 90 и 180-е сутки заболевания. В динамике определялись функциональный статус с помощью National Institutes of Health Stroke Scale и степень функциональной независимости с помощью Modified Rankin Scale, Barthel Index. Качество жизни больных оценивалось по шкале SF-36v2 Health Survey. Показатели качества жизни у больных, перенесших мозговой ишемический полушарный инсульт, на 10-е сутки заболевания были снижены по всем шкалам SF-36v2. Большинство показателей находилось в диапазоне от 35 до 50 баллов, что на 50 % ниже нормы.

Нами было выявлено достоверное улучшение качества жизни больных в динамике раннего восстановительного периода мозгового ишемического полушарного инсульта по физическому (PCS), психологическому (MCS) компоненту здоровья и клинично-функциональному статусу ( $p < 0,05$ ). Следует отметить, что наиболее выраженное увеличение данных показателей наблюдалось на 30-е сутки (PCS с  $38,56 \pm 0,89$  балла до  $42,17 \pm 0,81$  балла и MCS с  $39,91 \pm 1,22$  балла до  $45,04 \pm 0,99$  балла) заболевания с последующей их стабилизацией на 90-е (PCS  $44,24 \pm 0,84$  балла, MCS  $46,07 \pm 0,94$  балла) и 180-е (PCS  $45,62 \pm 0,76$  балла, MCS  $47,89 \pm 0,95$  балла), что, по-видимому, связано с возвращением пациентов в их обычную социально-бытовую среду. Полученные данные необходимо учитывать при планировании дифференцированных реабилитационных мероприятий.

**Ключевые слова:** ишемический инсульт, качество жизни.

### Введение

Одной из наиболее важных проблем современной неврологии является диагностика и лечение больных с мозговым инсультом [1, 6, 7]. Это обусловлено частотой заболеваемости, степенью инвалидизации и высокой смертностью. Патология занимает третье место в структуре смертности после сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных новообразований в мире, и второе — в Украине. Каждый год в мире регистрируется 16 млн новых случаев инсульта, из них в странах Европы — около 1 млн инсультов. В Украине ежегодно регистрируется около 110 тыс. инсультов [2, 4].

Инсульт — основная причина инвалидизации выживших пациентов. Постинсультная инвалидизация занимает первое место среди причин инвалидизации

#### Адрес для переписки с автором:

Медведкова Светлана Александровна  
Запорожский государственный медицинский университет, кафедра нервных болезней,  
69035, Украина, г. Запорожье, пр. Маяковского, 26  
[s.medvedkova@mail.ru](mailto:s.medvedkova@mail.ru)

© Медведкова С.А., 2013

© «Международный неврологический журнал», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

и составляет 3,2 на 10 000 населения. К работе возвращаются только 20 % лиц, перенесших инсульт, а 80 % остаются инвалидами. Около 25 % остаются глубокими инвалидами и нуждаются в постороннем уходе [5, 18, 20].

Одним из стратегических направлений в борьбе с мозговым инсультом являются реабилитационные мероприятия [2, 3, 12, 17]. В реабилитационный период после инсульта на первый план выходят аспекты влияния болезни (неврологический дефицит) на жизнь больного, его психический и социальный статус в отношении как самой болезни, так и результатов ее лечения [8, 9, 11]. Современные требования к терапевтическим вмешательствам диктуют необходимость включения в их оценку эффективности и безопасности показателей качества жизни [13, 15, 16]. Вместе с тем лишь единичные исследования посвящены изучению влияния перенесенного инсульта на качество жизни больных в Украине.

Для определения показателей качества жизни больных используется опросник SF-36v2 Health Status Survey, который относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни (КЖ), он широко распространен в США и странах Европы при проведении исследований качества жизни [10, 14, 19].

36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье.

Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие.

Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ.

Шкалы группируются в два показателя — «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья».

**1. Физический компонент здоровья (Physical health — PHS).** Составляющие шкалы:

- физическое функционирование (Physical Functioning — PF);
- ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning — RP);
- интенсивность боли (Bodily pain — BP);
- общее состояние здоровья (General Health — GH).

**2. Психологический компонент здоровья (Mental Health — MHS).** Составляющие шкалы:

- психическое здоровье (Mental Health — MH);
- ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional — RE);
- социальное функционирование (Social Functioning — SF);
- жизненная активность (Vitality — VT).

**Целью нашего исследования** было определение показателей качества жизни больных (с использованием опросника SF-36v2 Health Survey) и их динамики в

раннем восстановительном периоде мозгового ишемического полушарного инсульта (МИПИ) под влиянием комплексных реабилитационных мероприятий.

Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие задачи:

1. Изучить показатели качества жизни больных (опросник SF-36v2 Health Survey) в раннем восстановительном периоде МИПИ и выявить ведущие их составляющие, подлежащие коррекции.

2. Провести сравнительный анализ динамики показателей качества жизни больных, степени тяжести МИПИ (National Institutes of Health Stroke Scale — NIHSS) и уровня функциональной независимости (Modified Rankin Scale, Barthel Index) в раннем восстановительном периоде.

3. Выявить корреляционные связи между показателями качества жизни больных, степенью тяжести МИПИ и уровнем функциональной независимости в раннем восстановительном периоде.

4. На основании изученных показателей и их динамики оптимизировать подходы к комплексной реабилитационной терапии и вторичной профилактике инсульта.

## Материалы и методы

В клинике нервных болезней Запорожского государственного медицинского университета проведено комплексное клинично-инструментальное обследование и лечение 85 больных в раннем восстановительном периоде мозгового ишемического полушарного инсульта, из них 59 мужчин и 26 женщин, средний возраст —  $58,12 \pm 0,79$  года.

Проводилась оценка объективного и неврологического статуса в динамике на 10, 30, 90, 180-е сутки заболевания с определением по современным шкалам: степени тяжести МИПИ по NIHSS, уровня инвалидизации и функциональной независимости по Modified Rankin Scale, Barthel Index, показателей КЖ больных по опроснику SF-36v2 Health Survey.

Скрининговой процедурой было проведение общеклинического и неврологического осмотров, компьютерной томографии головного мозга, дуплексного сканирования магистральных артерий головы, общеклинических и биохимических анализов.

**Критерии включения:** пациенты с мозговым ишемическим полушарным инсультом в раннем восстановительном периоде мужского и женского пола, в возрасте старше 18 лет; подписанное информированное согласие на участие в исследовании.

**Критерии исключения:** соматические заболевания в стадии декомпенсации (неконтролируемая артериальная гипертензия, суб- и декомпенсированный сахарный диабет; тяжелое заболевание печени и почек; опухолевые новообразования; геморрагический инсульт; ишемический субтенториальный инсульт; ОНМК в анамнезе; перенесенный инфаркт миокарда на протяжении 30 дней до включения в исследование; выраженное депрессивное состояние.

В табл. 1 представлены процедуры протокола исследования.

Пациентам с МИПИ проводились дифференцированные комплексные **лечебно-реабилитационные мероприятия**, включающие:

— лекарственную терапию: патогенетические средства (гипотензивные; препараты, улучшающие коронарное кровообращение и метаболизм в сердечной мышце; антиаритмические; антидиабетические и др.), саногенетические препараты (повышающие метаболизм и микроциркуляцию в тканях головного мозга), симптоматические средства (миорелаксанты, рассасывающие препараты, анаболические гормоны, нейрпсихотропные средства, анальгетики).

— лечебную физкультуру: лечение положением, индивидуальные занятия, обучение правильной ходьбе; механотерапию с использованием настольных тренажеров для кистей и пальцев, специальных устройств для снижения мышечного тонуса;

— физиотерапию: массаж сегментарных зон, избирательный и точечный массаж паретичных конечностей,

аппаратную физиотерапию (только после адаптации больного и стабилизации состояния) — электрофорез сосудистых средств на шейно-воротниковую зону с целью улучшения мозгового кровообращения, электрофорез калия или магния по методике Вермея при нарушении сердечного ритма; тепло на паретичные конечности при повышении тонуса мышц, местные обезболивающие процедуры при артралгиях;

— психотерапию: аутогенную тренировку, психогимнастику;

— прочие специальные методики лечения: логопедические занятия, блокады спастических мышц, игло-рефлексотерапию.

## Результаты и их обсуждение

При скрининговом тестировании пациентов на 10-е сутки заболевания выявлено, что средний суммарный балл по NIHSS —  $5,75 \pm 0,29$ , по Modified Rankin Scale —  $2,92 \pm 0,09$ , по Barthel Index —  $66,18 \pm 2,16$  (табл. 2).

**Таблица 1. Процедуры протокола исследования**

	Скрининг	10-е сутки	30-е сутки (дата выписки из стационара)	90-е сутки	180-е сутки
Подписание информированного согласия	+				
Оценка анамнеза	+	+	+	+	+
Нейровизуализация	+				
Дуплексное сканирование магистральных артерий головы	+/- (в анамнезе)				
Оценка по NIHSS		+	+	+	+
Оценка по Modified Rankin Scale		+	+	+	+
Оценка по Barthel Index		+	+	+	+
Общеклинические и биохимические анализы	+	+	+	+	+
Оценка клинического и неврологического статуса	+	+	+	+	+
Опросник SF-36v2		+	+	+	+

**Таблица 2. Показатели скринингового тестирования пациентов с МИПИ на 10-е сутки заболевания, баллы**

Показатель	10-е сутки заболевания
NIHSS	$5,75 \pm 0,29$
Modified Rankin Scale	$2,92 \pm 0,09$
Barthel Index	$66,18 \pm 2,16$
Физическое функционирование (Physical Functioning — PF)	$32,82 \pm 1,29$
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning — RP)	$30,68 \pm 1,19$
Интенсивность боли (Bodily pain — BP)	$45,29 \pm 1,21$
Общее состояние здоровья (General Health — GH)	$42,94 \pm 0,78$
Жизненная активность (Vitality — VT)	$47,61 \pm 1,19$
Социальное функционирование (Social Functioning — SF)	$37,59 \pm 1,33$
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional — RE)	$29,48 \pm 1,59$
Психическое здоровье (Mental Health — MH)	$41,33 \pm 1,23$
Физический компонент здоровья (Physical health — PHS)	$38,56 \pm 0,89$
Психологический компонент здоровья (Mental Health — MHS)	$39,91 \pm 1,22$

Показатели КЖ у больных МИПИ на 10-е сутки заболевания были снижены по всем шкалам SF-36v2. Большинство показателей находилось в диапазоне от 35 до 50 баллов, что на 50 % ниже нормы.

Очень низкими были показатели ролевого физического и эмоционального состояния (29–32 балла из 100), что учитывалось при планировании реабилитационных мероприятий (рис. 1).

Низкий показатель физического компонента КЖ ( $38,56 \pm 0,89$  балла) свидетельствовал о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента, а эмоционального ( $39,91 \pm 1,22$  балла) — о наличии депрессивных и тревожных переживаний.

Динамика показателей качества жизни на 10, 30, 90 и 180-е сутки МИПИ (опросник SF-36v2) представлена на рис. 2.

Средний суммарный балл по 8 шкалам опросника SF-36v2 Health Survey достоверно увеличился на 180-е сутки ( $p < 0,05$ ).

Наиболее достоверное увеличение среднего суммарного балла к 180-м суткам было по шкалам: физическое функционирование (PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), социальное функционирование (SF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE) (табл. 3).

Динамика степени тяжести МИПИ представлена на рис. 3, средний суммарный балл по NIHSS достоверно уменьшился с  $5,75 \pm 0,29$  балла до  $2,35 \pm 0,24$  балла за счет восстановления двигательных и афатических нарушений ( $p < 0,001$ ).

Динамика инвалидизации и функциональной независимости пациентов с МИПИ в раннем восстановительном периоде представлена на рис. 4.

Средний суммарный балл по Modified Rankin Scale достоверно уменьшился с  $2,92 \pm 0,09$  балла до  $1,33 \pm 0,12$  балла ( $p < 0,001$ ).

Средний суммарный балл по Barthel Index достоверно увеличился с  $66,18 \pm 2,16$  балла до  $96,41 \pm 0,93$  балла ( $p < 0,001$ ) (рис. 5).

В табл. 4 представлены результаты корреляционного анализа показателей КЖ, выраженности неврологического дефицита (NIHSS), степени инвалидизации и функциональной независимости (Modified Rankin Scale) и активности повседневной жизнедеятельности (Barthel Index) у пациентов с МИПИ на 10-е сутки заболевания.

Наблюдалась высокая корреляционная связь между показателями физического функционирования (PF), физическим компонентом здоровья (PCS) и NIHSS, Modified Rankin Scale, Barthel Index.

Результаты корреляционного анализа показателей КЖ, выраженности неврологического дефицита (NIHSS), степени инвалидизации и функциональной независимости (Modified Rankin Scale) и активности

повседневной жизнедеятельности (Barthel Index) у пациентов с МИПИ на 30-е сутки заболевания представлены в табл. 5.

Большинство показателей качества жизни имели высокую корреляционную связь с NIHSS. Показатели жизненной активности (VT) и психического здоровья (MH) не коррелировали с NIHSS, Modified Rankin Scale, Barthel Index.

Аналогичный корреляционный анализ проведен на 90-е сутки МИПИ (табл. 6).

Определено больше корреляционных связей между показателями КЖ, выраженности неврологического дефицита и степени зависимости от посторонней помощи.

Отмечена высокая обратная корреляционная связь между показателями шкал NIHSS, Modified Rankin Scale и прямой корреляционной связью — Barthel Index и показателями качества жизни по опроснику SF-36v2 на 180-е сутки заболевания ( $p < 0,05$ ), табл. 7.

У пациентов при уменьшении неврологического дефицита и степени зависимости от посторонней помощи увеличиваются показатели физического и эмоционального компонентов КЖ и их составляющих — физического и социального функционирования (PF и SF) по опроснику SF-36v2. При уменьшении неврологического дефицита имеется тенденция к увеличению таких составляющих КЖ, как общее состояние здоровья, жизненная активность и психическое здоровье.

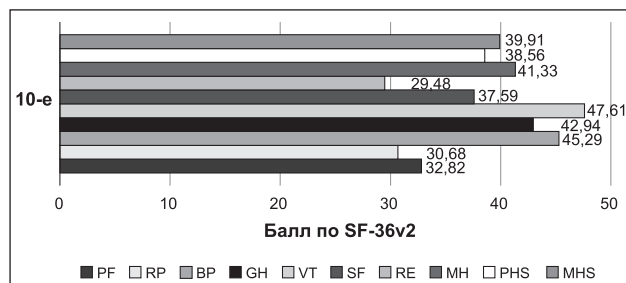


Рисунок 1. Показатели качества жизни больных МИПИ на 10-е сутки заболевания (опросник SF-36v2)

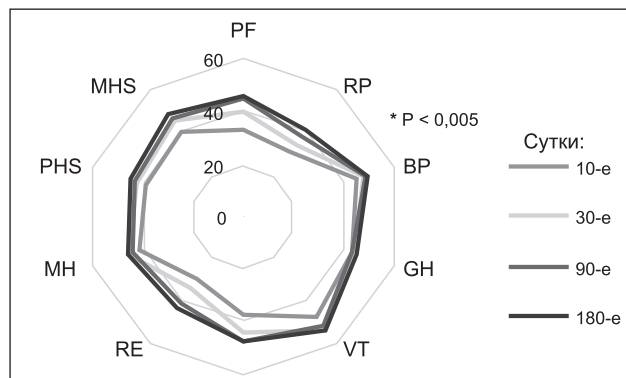
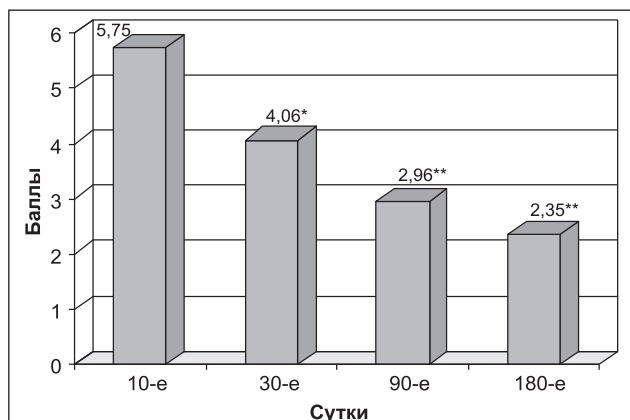
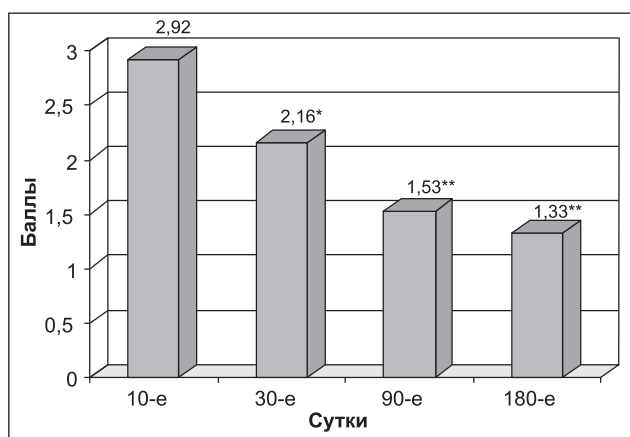


Рисунок 2. Динамика показателей качества жизни больных МИПИ (опросник SF-36v2)



**Рисунок 3. Динамика степени тяжести МИПИ у больных в раннем восстановительном периоде (NIHSS)**

**Примечания:** \* — указывает на статистическое различие ( $p < 0,05$ ); \*\* — указывает на статистическое различие ( $p < 0,001$ ).



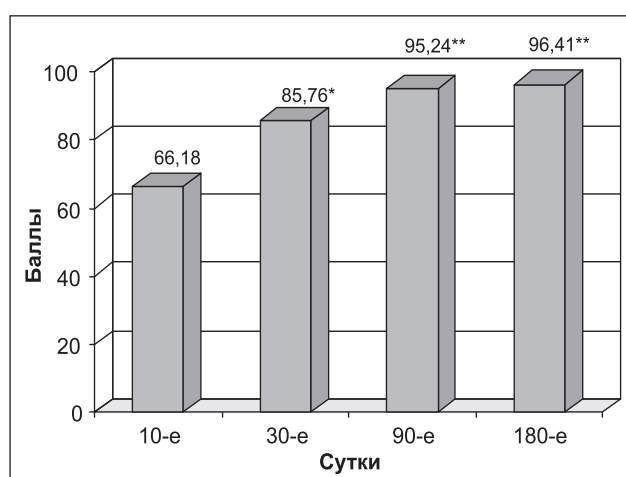
**Рисунок 4. Динамика инвалидизации и функциональной независимости пациентов с МИПИ в раннем восстановительном периоде (Modified Rankin Scale)**

**Примечания:** \* — указывает на статистическое различие ( $p < 0,05$ ); \*\* — указывает на статистическое различие ( $p < 0,001$ ).

## Выводы

1. В результате проведенного исследования было выявлено, что показатели качества жизни больных по опроснику SF-36v2 на 10-е сутки МИПИ были низкими как по физическому (PCS —  $38,56 \pm 0,89$  балла), так и психологическому (MCS —  $39,91 \pm 1,22$  балла) компоненту. При этом наиболее низкими были показатели ролевого физического (RP) и эмоционального (RE) состояния (29–32 балла из 100), отражающие то, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим и эмоциональным состоянием пациента, это необходимо учитывать при планировании комплексных реабилитационных мероприятий.

2. Выявлено, что качество жизни у пациентов не зависело от возраста ( $p > 0,05$ ). У мужчин достоверно выше был показатель физического функционирования на 10, 30, 90 и 180-е сутки заболевания по



**Рисунок 5. Динамика активности повседневной жизнедеятельности пациентов с МИПИ (Barthel Index)**

**Примечание:** \* — указывает на статистическое различие ( $p < 0,001$ ).

**Таблица 3. Динамика показателей качества жизни на 10, 30, 90 и 180-е сутки заболевания (опросник SF-36v2), баллы**

Показатели	10-е сутки	30-е сутки	90-е сутки	180-е сутки
Physical Functioning — PF	$32,82 \pm 1,29$	$39,80 \pm 0,99^*$	$44,53 \pm 0,88^{**}$	$45,87 \pm 0,83^{**}$
Role-Physical Functioning — RP	$30,68 \pm 1,19$	$33,95 \pm 0,97^*$	$36,86 \pm 0,90^*$	$40,36 \pm 0,96^{**}$
Bodily pain — BP	$45,29 \pm 1,21$	$48,35 \pm 0,96^*$	$49,10 \pm 1,07^*$	$49,55 \pm 0,99^*$
General Health — GH	$42,94 \pm 0,78$	$44,49 \pm 0,82^*$	$43,34 \pm 0,86^*$	$45,28 \pm 0,89^*$
Vitality — VT	$47,61 \pm 1,19$	$53,03 \pm 0,93^*$	$51,83 \pm 0,90^*$	$53,15 \pm 0,89^*$
Social Functioning — SF	$37,59 \pm 1,33$	$44,14 \pm 1,23^*$	$47,46 \pm 0,90^{**}$	$47,72 \pm 0,92^{**}$
Role-Emotional — RE	$29,48 \pm 1,59$	$33,93 \pm 1,19^*$	$40,18 \pm 1,21^{**}$	$43,03 \pm 1,07^{**}$
Mental Health — MH	$41,33 \pm 1,23$	$46,56 \pm 1,09^*$	$44,77 \pm 0,99^*$	$46,86 \pm 1,06^*$
Physical health — PHS	$38,56 \pm 0,89$	$42,17 \pm 0,81^*$	$44,24 \pm 0,84^*$	$45,62 \pm 0,76^*$
Mental Health — MHS	$39,91 \pm 1,22$	$45,04 \pm 0,99^*$	$46,07 \pm 0,94^*$	$47,89 \pm 0,95^*$

**Примечания:** \* — указывает на статистическое различие ( $p < 0,05$ ); \*\* — указывает на статистическое различие ( $p < 0,001$ ).



**Таблица 4. Результаты корреляционного анализа показателей КЖ, выраженности неврологического дефицита (NIHSS), степени инвалидизации и функциональной независимости (Modified Rankin Scale) и активности повседневной жизнедеятельности (Barthel Index) у пациентов с МИПИ на 10-е сутки заболевания, баллы**

	NIHSS	Modified Rankin Scale	Barthel Index
PF	-0,482515*	-0,373707*	0,466917*
RP	-0,282309*	-0,247298*	0,210879
BP	-0,149706	-0,111243	0,139902
GH	-0,172043	-0,172431	0,120621
VT	-0,210169	-0,095617	0,104335
SF	-0,177478	-0,128180	0,025899
RE	-0,124843	-0,110604	0,054476
MH	-0,233372*	-0,102692	0,121622
PCS	-0,411264*	-0,341228*	0,429431*
MCS	-0,135451	-0,048478	-0,000280

Примечание: \* –  $p < 0,05$ .

**Таблица 5. Результаты корреляционного анализа показателей КЖ, выраженности неврологического дефицита (NIHSS), степени инвалидизации и функциональной независимости (Modified Rankin Scale) и активности повседневной жизнедеятельности (Barthel Index) у пациентов с МИПИ на 30-е сутки заболевания, баллы**

	NIHSS	Modified Rankin Scale	Barthel Index
PF	-0,364730*	-0,301336*	0,303711*
RP	-0,402998*	-0,204797	0,274465*
BP	-0,355710*	-0,181012	0,272258*
GH	-0,266908*	-0,255293*	0,210493
VT	-0,207912	-0,162520	0,004988
SF	-0,249471*	-0,130242	0,209647
RE	-0,353797*	-0,190658	0,125175
MH	-0,145113	-0,092435	-0,049421
PCS	-0,417044*	-0,295064*	0,401977*
MCS	-0,264910*	-0,122083	0,001595

Примечание: \* –  $p < 0,05$ .

**Таблица 6. Результаты корреляционного анализа показателей КЖ, выраженности неврологического дефицита (NIHSS), степени инвалидизации и функциональной независимости (Modified Rankin Scale) и активности повседневной жизнедеятельности (Barthel Index) у пациентов с МИПИ на 90-е сутки заболевания, баллы**

	NIHSS	Modified Rankin Scale	Barthel Index
PF	-0,285689*	-0,219623*	0,178719
RP	-0,403709*	-0,431792*	0,413375*
BP	-0,246312*	-0,194154	0,242545*
GH	-0,287433*	-0,320499*	0,232041*
VT	-0,349382*	-0,289419*	0,208768
SF	-0,154524	-0,140772	0,153978
RE	-0,271626*	-0,267489*	0,269250*
MH	-0,200588	-0,173076*	0,126154
PCS	-0,330815*	-0,289776*	0,289322*
MCS	-0,243419*	-0,223224*	0,184409

Примечание: \* –  $p < 0,05$ .

**Таблица 7. Результаты корреляционного анализа показателей КЖ, выраженности неврологического дефицита (NIHSS), степени инвалидизации и функциональной независимости (Modified Rankin Scale) и активности повседневной жизнедеятельности (Barthel Index) у пациентов с МИПИ на 180-е сутки заболевания, баллы**

	NIHSS	Modified Rankin Scale	Barthel Index
PF	- 0,426198*	- 0,421111*	0,308509*
RP	- 0,617630*	- 0,606397*	0,443683*
BP	- 0,430902*	- 0,419427*	0,357698*
GH	- 0,354714*	- 0,411777*	0,159923
VT	- 0,408502*	- 0,446270*	0,340675*
SF	- 0,364726*	- 0,362666*	0,279581*
RE	- 0,271010*	- 0,277695*	0,162027
MH	- 0,367663*	- 0,414784*	0,285015*
PCS	- 0,593015*	- 0,575140*	0,394962*
MCS	- 0,306979*	- 0,351812*	0,246794*

**Примечание:** \* —  $p < 0,05$ .

сравнению с женщинами ( $p < 0,05$ ). На 30-е сутки также у мужчин достоверно выше были показатели ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RP), и физического компонента здоровья (PHS), а на 90-е — интенсивности боли (BP) ( $p < 0,05$ ). У левополушарных пациентов на 10-е и 90-е сутки заболевания достоверно качество жизни было выше по показателям общего состояния здоровья (GH) и физического компонента здоровья (PHS) ( $p < 0,05$ ).

3. Физический компонент качества жизни (PCS) и зависимость от посторонней помощи (Modified Rankin Scale, Barthel Index) у пациентов в раннем восстановительном периоде МИПИ в значительной степени зависят от выраженности неврологического дефицита (NIHSS).

4. Определена достоверная динамика улучшения качества жизни больных в раннем восстановительном периоде МИПИ по физическому (PCS), психологическому (MCS) компонентам здоровья и клинко-функциональному статусу ( $p < 0,001$ ). Следует отметить, что наиболее выраженное увеличение данных показателей наблюдалось на 30-е сутки (PCS с  $38,56 \pm 0,89$  балла до  $42,17 \pm 0,81$  балла и MCS с  $39,91 \pm 1,22$  балла до  $45,04 \pm 0,99$  балла) заболевания с последующей их стабилизацией на 90-е (PCS —  $44,24 \pm 0,84$  балла, MCS —  $46,07 \pm 0,94$  балла) и 180-е (PCS —  $45,62 \pm 0,76$  балла, MCS —  $47,89 \pm 0,95$  балла), что, по-видимому, связано с возвращением пациентов в их обычную социально-бытовую среду.

5. С учетом выявленных особенностей динамики показателей качества жизни больных МИПИ в раннем восстановительном периоде обоснованно применение в комплексной терапии нейрометаболитов, антидепрессантов, противостенных средств, рациональной психотерапии.

## Список литературы

1. Винчук С.М., Мохнач В.О. Прогностичні фактори клінічного перебігу і наслідків гострого ішемічного інсульту // Український медичний часопис. — 2008. — № 3. — С. 29-36.
2. Волошин П.В., Міщенко Т.С., Лекомцева Є.В. Аналіз поширеності та захворюваності на нервові хвороби в Україні // Міжнародний неврологічний журнал. — 2006. — № 3(7). — С. 9-13.
3. Ковальчук В.В., Скоромец А.А. Проблемы и недостатки, перспективы и направления развития реабилитации больных, перенесших инсульт // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2008. — № 1. — С. 47-51.
4. Мищенко Т.С., Овсянникова Н.В., Лебединец В.В. Факторы риска и клинические особенности у больных с различными подтипами ишемического инсульта // Международный неврологический журнал. — 2011. — № 3. — С. 27-32.
5. Bernhardt J., Thuy M.N., Collier J.M., Legg L.A. Very early versus delayed mobilisation after stroke // Cochrane Database Syst Rev. — 2009. — 1. — CD006187.
6. Bonita R., Beaglehole R. Stroke Prevention in Poor Countries; Time for Action // Stroke. — 2007. — 38. — 2871-2872.
7. Cieza A., Stucki G. The International Classification of Functioning Disability and health: its development process and content validity // Eur. J. Phys. Rehabil. Med. — 2007. — 44. — 303-313.
8. Daniel K., Wolfe C.D.A., Busch M.A., McKeivitt C. What are the social consequences of stroke for working-aged adults? A systematic Review // Stroke. — 2009. — 40. — e431-e440.
9. Geertzen J.H. Moving beyond disability // Prosthet. Ortho. Int. — 2008. — 32(3). — 276-281.
10. Hobart J.C., Williams L.S., Moran K., Thompson A.J. Quality of life measurement after stroke: uses and abuses of SF-36 // Stroke. — 2002. — 33. — 1348-56.
11. Hommel M., Trabucco-Miguel S., Joray S., Naegele B., Gonnet N., Jaillard A. Social dysfunctioning after mild to moderate first-ever stroke at vocational age // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. — 2009. — 80. — 371-375.
12. Ilse I.B., Feys H., De Wit L., Putman K., De Werdt W. Stroke caregivers' strain: prevalence and determinants in the first

six months after stroke // *Disabil. Rehabil.* — 2008. — 30(97). — 523-530.

13. Kwok T., Lo R.S., Wong E., Wai-Kwong T., Mok V., Kai-Sing W. *Quality of life of stroke survivors: A 1-year follow up study* // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* — 2006. — 87. — 1177-1182.

14. Lai S.M., Perera S., Duncan P.W., Bode R. *Physical and social functioning after stroke: comparison of the Stroke Impact Scale and Short Form-36* // *Stroke.* — 2003. — 34. — 488-93.

15. Lord S., McPherson K.M., McNaughton H.K., Rochester L., Weatherall M. *How feasible is the attainment of community ambulation after stroke? A pilot randomised controlled trial to evaluate community-based physiotherapy in sub-acute stroke* // *Clin Rehabil.* — 2008. — 22. — 215-225.

16. Salter K.L., Moses M.B., Foley N.C., Teasell R.W. *Health-related quality of life after stroke: what are we measuring?* // *Int. J. Rehabil. Res.* — 2008. — 31(2). — 111-117.

17. Treger I., Shames J., Giaquinto S., Ring H. *Return to work in stroke patients* // *Disabil. Rehabil.* — 2007. — 29(17). — 1397-1403.

18. Van de Port I.G., Kwakkel G., Lindeman E. *Community ambulation in patients with chronic stroke: How is it related to gait speed?* // *J. Rehabil. Med.* — 2007. — 40. — 23-27.

19. Ware J.E., Kosinski M., Dewey J.E. *How to Score Version Two of the SF-36 Health Survey*. Lincoln, RI: QualityMetric, Incorporated, 2000.

20. Wee J., Lysaght R. *Factors affecting measures of activities and participation in persons with mobility impairment* // *Disabil Rehabil.* — 2009. — 31(20). — 1633-1642.

Получено 20.04.13 □

Медведкова С.О.

Запорізький державний медичний університет

### ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ У РАНЬОМУ ВІДНОВНОМУ ПЕРІОДІ МОЗКОВОГО ІШЕМІЧНОГО ПІВКУЛЬОВОГО ІНСУЛЬТУ

**Резюме.** У клініці нервових хвороб Запорізького державного медичного університету проведено комплексне клініко-інструментальне обстеження і лікування 85 хворих, які перенесли мозковий ішемічний півкульовий інсульт, на 10, 30, 90 і 180-ту добу захворювання. У динаміці визначалися функціональний статус за допомогою National Institutes of Health Stroke Scale і ступінь функціональної незалежності за допомогою Modified Rankin Scale, Barthel Index. Якість життя хворих оцінювалася за опитувальником SF-36v2 Health Survey. Показники якості життя у хворих, які перенесли мозковий ішемічний півкульовий інсульт, на 10-ту добу захворювання були знижені за всіма шкалами SF-36v2. Більшість показників перебували в діапазоні від 35 до 50 балів, що на 50 % нижче за норму.

Нами було виявлено вірогідне поліпшення якості життя хворих у динаміці раннього відновного періоду мозкового ішемічного півкульового інсульту за фізичним (PCS), психологічним (MCS) компонентами здоров'я та клініко-функціональним статусом ( $p < 0,05$ ). Слід зазначити, що найбільш виражене збільшення даних показників спостерігалось на 30-ту добу (PCS з  $38,56 \pm 0,89$  бала до  $42,17 \pm 0,81$  бала і MCS з  $39,91 \pm 1,22$  бала до  $45,04 \pm 0,99$  бала) захворювання з подальшою їх стабілізацією на 90-ту (PCS  $44,24 \pm 0,84$  бала, MCS  $46,07 \pm 0,94$  бала) і 180-ту (PCS  $45,62 \pm 0,76$  бала, MCS  $47,89 \pm 0,95$  бала), що, мабуть, пов'язано з поверненням пацієнтів у їх звичайне соціально-побутове середовище. Отримані дані необхідно враховувати при плануванні диференційованих реабілітаційних заходів.

**Ключові слова:** ішемічний інсульт, якість життя.

Medvedkova S.A.

Zaporizhya State Medical University, Zaporizhya, Ukraine

### LIFE QUALITY SCORE DYNAMICS OF PATIENTS IN EARLY RECOVERY PERIOD AFTER CEREBRAL ISCHEMIC HEMISPHERIC STROKE

**Summary.** In the clinic of nervous diseases of Zaporizhya state medical university, there were carried out complex clinical and instrumental examination and treatment of 85 patients after cerebral ischemic hemispheric on 10, 30, 90 and 180th day of the disease. In the dynamics functional status was determined by means of National Institutes of Health Stroke Scale and functional independence degree — by means of Modified Rankin Scale, Barthel Index. Life quality of the patients was rated by SF-36v2 Health Survey questionnaire. Life quality scores of the patients with cerebral ischemic hemispheric stroke decreased on 10th day of the disease according to all SF-36v2 scales. Most of the scores were in range from 35 to 50, which is 50 % below norm.

We revealed reliable life quality improvement of the patients in dynamics of early rehabilitation period after cerebral ischemic hemispheric stroke according to physical (PCS), mental (MCS) health component and clinical-functional status ( $p < 0.05$ ). It should be emphasized that the most significant increase of these parameters was observed on 30th day (PCS from  $38.56 \pm 0.89$  to  $42.17 \pm 0.81$  and MCS from  $39.91 \pm 1.22$  to  $45.04 \pm 0.99$ ) of disease with their further stabilization on 90th day (PCS  $44.24 \pm 0.84$ , MCS  $46.07 \pm 0.94$ ) and 180th day ( $45.62 \pm 0.76$ , MCS  $47.89 \pm 0.95$ ) which is apparently correlates with patients' return to their usual social environment. It is necessary to consider obtained data during scheduling of differentiated rehabilitation activity.

**Key words:** ischemic stroke, life quality.