

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00763&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00763. Реабілітація пацієнтів після інсульту

Автор: Minna Riekkinen
Редактор оригінального тексту: Sari Atula
Дата останнього оновлення: 2017-09-01

Основні положення

- Найкращих результатів можна досягти при ранньому початку реабілітації.
 - Потрібно розпочинати реабілітацію якнайшвидше протягом підгострої фази, від 3 до 6 місяців залежно від конкретного випадку.
- Для визначення тих пацієнтів, котрі отримають користь від реабілітації, необхідне індивідуальне обстеження багатопрофільною групою спеціалістів.
- Спершу потрібно визначити індивідуальну мету реабілітації (напр., повернення до роботи чи здатність до самообслуговування вдома). Потім створюється план досягнення мети. Мета може переглядатися та змінюватися за необхідності.
- Необхідна співпраця спеціалістів різного профілю. До реабілітаційної команди мають входити терапевт, медична сестра, соціальний працівник, фізичний терапевт, ерготерапевт, логопед і нейропсихолог.
- Надання інформації в достатньому обсязі пацієнтам і їхнім родичам є важливою частиною реабілітації [Доказ 06035]B.

Загальні відомості

- Інсульт — це застаріла клінічна назва порушень функції головного мозку у зв'язку з інфарктом головного мозку, внутрішньомозковим крововиливом або субарахноїдальним кроволивом. В теперішній час рекомендовано застосовувати термін «цереброваскулярне захворювання».
- Прогноз покращується разом з розвитком лікування в гострій фазі, реабілітації та вторинної профілактики.
- Багато пацієнтів, які вижили після інсульту, мають симптоми, котрі ускладнюють їхнє повсякденне життя. Найвагомішими симптомами є:
 - параліч кінцівок і дизестезія
 - дефекти полів зору
 - когнітивна дисфункція
 - афазія, або утруднення продукування та розуміння мови [настанова 00770 | Афазія]
 - апраксія, або втрата здатності виконувати вивчені цілеспрямовані рухи [настанова 00764 | Нейропсихологічні розлад...]
 - агнозія, або зниження здатності розуміти значення сенсорних подразників [настанова 00764 | Нейропсихологічні розлад...]
 - порушення пам'яті, концентрації, уваги чи здатності до цілеспрямованої діяльності
 - порушення візуально-просторового сприйняття
 - ігнорування одного боку тіла (неглект синдром).

Різні форми терапії та їхня ефективність

Фізіотерапія

- Відновлення моторних функцій може покращуватися при підвищенні інтенсивності фізіотерапії.
- При застосуванні різних методів результати суттєво не відрізняються; ранній початок фізіотерапії та тренування для досягнення основних цілей чи певної навички відіграють головну роль.

- Електромеханічні допоміжні засоби використовують для тренування ходи в пацієнтів, котрі неспроможні ходити самостійно. Для пацієнтів, які здатні ходити самостійно, корисні тренування на біговій доріжці, особливо стосовно швидкості ходи та відстані. На додачу до електромеханічної підтримки, до тренування мають входити й інші типи фізичної терапії, такі як тренування ходи з мобільними допоміжними засобами.
- Бімануальні тренування, які полягають у одночасних рухах обома руками, можуть покращити функцію верхніх кінцівок.
- Тренування ходи покращують здатність ходити навіть на пізніх стадіях (більше 6 місяців після цереброваскулярного захворювання).

Ерготерапія

- У гострій фазі оцінюють навички пацієнта, здатність до самообслуговування та необхідність реабілітації.
- У підгострій фазі сприяють розвитку навичок самообслуговування, участі в повноцінному повсякденному житті як вдома, так і на відпочинку, а також у робочих процесах.
- Підтримка активної ролі пацієнта та його власної відповідальності за реабілітацію.
- Ерготерапія особливо ефективна при реабілітації, зосередженій на основній і другорядній повсякденній діяльності, покращує соціалізацію і у такий спосіб підвищує загальну активність.
- Ерготерапевт і фізіотерапевт використовують частково однакові методи. До методів ерготерапевта належать, наприклад, вправи на повторювання завдань, кінезіотерапія, лікування індукованим обмеженням, керована уява чи психічні образи, тренування у віртуальній реальності [доказ 07646 D], дзеркальна терапія, терапія дії та спостереження, силові вправи.

Логопедичне лікування

- Логопедичне лікування застосовують для допомоги у відновленні при проблемах з ковтанням, дизартрії та при труднощах з експресивним мовленням.
- Логопедичне лікування, індивідуально адаптоване до стану пацієнта, може бути корисним як при ранній, так і при пізній реабілітації пацієнтів з афазією.

- З приводу ефективності логопедичного лікування при дизартрії недостатньо свідчень.
- Активна терапія відновлення навичок ковтання може покращити функцію ковтання та знизити ризик ускладнень.
- Інтенсивна логопедична терапія сприяє поверненню до нормального харчування.

Нейропсихологічна реабілітація

- Нейропсихологічну реабілітацію проводять за показаннями, базуючись на результатах нейропсихологічного обстеження.
- При реабілітації роблять акцент на когнітивних порушеннях, змінах поведінки та усвідомленні симптомів. Водночас потрібно враховувати емоційний і соціально-психологічний стан пацієнта.
- У пацієнтів з порушеннями візуально-просторового сприйняття і неглект синдромом стратегічні тренування та тренування, спрямовані безпосередньо на симптоми, ефективні лише у разі покращення усвідомлення симптомів.
- Реабілітація за відсутності концентрації уваги Доказ 00531 | C, розладах пам'яті та цілеспрямованої діяльності також може бути ефективною.
- На додачу до нейропсихологічної реабілітації, нейропсихологічні консультації (1-5 сеансів) можуть сприяти поверненню до праці в пацієнтів з легкими симптомами.

Фармакотерапія, яка впливає на реабілітацію

- Можна застосовувати антидепресанти як доповнення до реабілітації; особливо вивчені в даному контексті селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС).
 - Флуоксетин (20 мг на добу) є найбільш ретельно дослідженим препаратом.
- До ліків, які негативно впливають на реабілітацію, належать, наприклад, бензодіазепіни, фенітоїн і галоперидол.
- Для пацієнтів з депресією та інфарктом головного мозку медикаментозна терапія є ефективною.
 - Після гострої фази половина пацієнтів страждає на депресію.
 - Органічна депресія, яка виникає в гострій фазі, зазвичай минає протягом першого місяця без специфічного лікування.

- Частота розвитку тяжкої депресії зростає протягом першого року, це пов'язано з підвищеним ризиком тривалого стаціонарного лікування.
- Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) є препаратами першої лінії [доказ 07116 | C].
 - Лікування ботулінічним токсином може проводитися для зменшення спастичності як верхніх, так і нижніх кінцівок [настанова 00802 | Спастичність]. Вагомість даного лікування для фізичної працездатності пацієнта слід оцінювати на початку лікування.

Адаптаційний тренінг

- Згідно результатів катамнестичних досліджень, адаптаційний тренінг може покращувати соціально-психологічну адаптацію та зменшувати депресію.

Допоміжні засоби

- Потребу в допоміжних засобах варто оцінювати індивідуально.
- Допоміжні засоби потрібно підбирати індивідуально та надавати інструкцію з їх використання на початку, а також пізніше повторно за необхідності, щоб забезпечити максимальну користь.
- Допоміжні засоби для пацієнтів зі зниженою пам'яттю та розладами цілеспрямованої діяльності можуть також допомагати для відновлення навичок самообслуговування.
- Важливими є засоби спілкування, що підтримують та замінюють мову, а також слухові апарати. Вони пом'якшують проблеми, викликані порушеннями мови та артикуляції.

Процес реабілітації

- До догляду за хворим при реабілітації належить постуральна терапія, яка має розпочинатися негайно з метою активізації тілесних відчуттів, що прискорює реабілітацію та попереджує розвиток функціональних порушень з боку тулуба та кінцівок.
- Рання мобілізація знижує ризик пролежнів, пневмонії, тромбозу глибоких вен і легеневої емболії.

- Оцінювання щодо реабілітації має бути здійснене протягом першого тижня чи настільки швидко, наскільки дозволяє загальний стан пацієнта. Оцінка прогнозу є найголовнішою частиною оцінки реабілітації. Якщо, наприклад, тяжка інфекція чи хірургічна процедура погіршують ситуацію чи загальний стан здоров'я пацієнта, надійне оцінювання буде можливим лише після закінчення значно довшого періоду.
- Активну реабілітацію необхідно розпочинати відразу після стабілізації стану хворого. Реабілітація безсумнівно є більш ефективною, якщо вона розпочата протягом першого тижня, ніж через 2 тижні - 1 місяць.
- Для пацієнта, котрий потребує реабілітації, має бути складено мультидисциплінарний реабілітаційний план. Даний план потрібно складати за участі мультидисциплінарної команди, пацієнта та його/її родичів.
- Реабілітація має проводитися пацієнтам, які її потребують, в умовах багатопрофільного реабілітаційного відділення; реабілітація в багатопрофільному реабілітаційному відділенні є ефективною для пацієнтів після інсульту незалежно від їхнього віку, статі чи тяжкості захворювання.
 - У пацієнтів, які лікуються у спеціалізованих відділеннях, летальність і ризик необхідності постійного перебування у таких відділеннях нижчі, ніж у пацієнтів, які проходять лікування у звичайних відділеннях. До того ж, у перших період лікування коротший, ступінь втрати працездатності нижчий, а якість життя краща. Додаткова користь зберігається і в період подальшого спостереження.
- Пацієнтам, які виписуються з лікарні додому, може бути корисна прискорена виписка та реабілітація в домашніх умовах. Цілеспрямована реабілітація під керівництвом лікаря підтримує та покращує функціональні можливості пацієнтів, які проживають вдома, протягом року після порушення мозкового кровообігу.
- При організації реабілітації пацієнта необхідно враховувати індивідуальні потреби та місцеві обставини. Користь від реабілітації, яка проводиться амбулаторно, зростає при включенні її до програми лікування пацієнтів з порушеннями мозкового кровообігу.
- Активну реабілітацію пацієнтів слід продовжувати доти, доки спостерігається вагоме покращення. Функціональні можливості пацієнта можна покращувати шляхом амбулаторної реабілітації щонайменше протягом року після виписки зі стаціонару.

- Пацієнтам зі стійкою непрацездатністю рекомендоване спостереження та оцінка необхідності реабілітації не рідше, ніж раз на рік, протягом усього життя, а також реабілітація за потреби. Це є відповідальністю первинної медичної допомоги, за необхідності проводяться консультації в мультидисциплінарних реабілітаційних відділеннях.

Організація реабілітації

- Реабілітація проводиться на основі плану реабілітації, створеного відділенням державного закладу охорони здоров'я, яке відповідає за лікування пацієнта та планування його/її реабілітації.
- Професійна реабілітація може здійснюватися для осіб працездатного віку, які мають перспективи повернення до праці. Професійну реабілітацію організовує система соціального страхування, пенсійні заклади та служби зайнятості. Професійне медичне обслуговування має центральну роль для пацієнтів з трудовими договорами.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[пов'язані L00195\] Rehabilitation of the st...](#)
- Інші огляди доказових даних [\[пов'язані L00195\] Rehabilitation of the st...](#)
- Література [\[пов'язані L00195\] Rehabilitation of the st...](#)

Джерела інформації

R1. Pitkänen K. Stroke rehabilitation in the elderly. A controlled study of the effectiveness and costs of a multidimensional intervention. Väitöskirja: Series of Reports University of Kuopio, Department of Neurology, no. 52, 2000 [\[веб\]http://www.uef.fi/docume...](#)

Настанови

- [Настанова 00770](#). Афазія.
- [Настанова 00764](#). Нейропсихологічні розлади.
- [Настанова 00802](#). Спастичність.

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 06035](#). Information provision for stroke patients and their caregivers.
Дата оновлення: 2012-11-29
Рівень доказовості: B
Резюме: Active provision of information to stroke survivors and their carers appears to improve patient and carer knowledge of stroke and aspects of patient satisfaction, and may also reduce patient depression scores.
- [Доказовий огляд 07646](#). Virtual reality for stroke rehabilitation.
Дата оновлення: 2018-02-12
Рівень доказовості: D
Резюме: Virtual reality might possibly be beneficial in improving upper limb function and activities of daily living function when used as an adjunct to usual care (to increase overall therapy time), although the evidence is insufficient.
- [Доказовий огляд 00531](#). Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke.
Дата оновлення: 2013-06-11
Рівень доказовості: C
Резюме: Cognitive rehabilitation may improve alertness and sustained attention after stroke in a short term.
- [Доказовий огляд 07116](#). Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for stroke recovery.
Дата оновлення: 2013-02-14
Рівень доказовості: C
Резюме: Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) may improve dependence, disability, neurological impairment, anxiety and depression after stroke.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00763 Ключ сортування: 036.092 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-09-01

Автор(и): Minna Riekkinen Автор(и) попередніх версій статті: Mervi Kotila Редактор(и): Sari Atula
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian LampeHilkka Salmén Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Neurology Physical medicine

Ключові слова індексу
mesh: Paralysis mesh: Cerebral Infarction mesh: EMG biofeedback mesh: Depression mesh: Rehabilitation
mesh: Physical Therapy Modalities mesh: Cerebrovascular Accident mesh: Rehabilitation mesh: Neuropsychology
mesh: Speech Therapy mesh: Electric Stimulation Therapy mesh: Occupational Therapy icpc-2: K90 speciality: Neurology
speciality: Physical medicine