

Журнал «Перспективи та інновації науки»  
(Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)  
№ 10(44) 2024

УДК 616.831-005.1:616.8-009.831

[https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-10\(44\)-1252-1269](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-10(44)-1252-1269)

**Востротін Олександр Вячеславович** аспірант, кафедра неврології та дитячої неврології, Навчально-науковий інститут післядипломної освіти, Харківський національний медичний університет, м. Харків, <https://orcid.org/0000-0003-2847-6601>

**Літовченко Тетяна Анатоліївна** доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри неврології та дитячої неврології, Навчально-науковий інститут післядипломної освіти, Харківський національний медичний університет, м. Харків, <https://orcid.org/0000-0002-4647-8507>

**Бондар Оксана Борисівна** кандидат медичних наук, асистент кафедри неврології та дитячої неврології, Навчально-науковий інститут післядипломної освіти, Харківський національний медичний університет, м. Харків

## **КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СИНДРОМУ НЕГЛЕКТУ В РАМКАХ МЕНЕДЖМЕНТУ ПАЦІЄНТІВ З ІНСУЛЬТОМ**

**Анотація.** У статті представлено детальний аналіз клініко-параклінічних особливостей синдрому неглекту в пацієнтів після перенесеного інсульту. Синдром неглекту є серйозним неврологічним ускладненням, яке характеризується ігноруванням одного боку тіла або простору, найчастіше при правопівкульному інсульті. Цей стан значно ускладнює процес реабілітації, впливаючи на функціональні можливості пацієнтів та їхню здатність до відновлення. Метою дослідження було вивчення основних клінічних особливостей синдрому неглекту та його впливу на тривалість відновлення і ефективність реабілітації. В дослідженні брали участь 171 пацієнт з правогемісферним інсультом та 20 пацієнтів контрольної групи з інсультом у вертебрально-базиллярному басейні. Результати показали, що пацієнти з синдромом неглекту мали значно довший період госпіталізації, нижчі показники за шкалою Barthel, що вказує на вищий рівень функціональної залежності. Крім того, у них частіше спостерігалися когнітивні порушення, зокрема проблеми зі сприйняттям простору та увагою. Дослідження дозволило виявити важливі кореляції між ступенем неглекту та рівнем функціональної незалежності пацієнтів після інсульту. Окрім цього, оцінка ефективності різних методів реабілітації показала, що комплексні втручання, які поєднують фізичну терапію та когнітивні тренінги, суттєво покращують загальний стан пацієнтів. Виявлено, що неглект є негативним прогностичним фактором, який впливає

на тривалість госпіталізації та загальний прогноз відновлення. Застосування спеціалізованих методик, орієнтованих на подолання когнітивних порушень, є надзвичайно важливим для підвищення ефективності лікування та покращення якості життя пацієнтів. Комплексні методи реабілітації, які поєднують фізичну терапію, когнітивні тренінги та нейропсихологічні втручання, показали значно кращі результати в порівнянні з традиційними підходами. Застосування віртуальної реальності та дзеркальної терапії виявилось ефективним у відновленні втрачених функцій, особливо у пацієнтів з важким ступенем неглекту. Однак, незважаючи на позитивні зрушення, наявність синдрому неглекту залишалась негативним прогностичним фактором, що ускладнювало процес відновлення та підвищувало ризик повторних інсультів. Результати підкреслюють необхідність мультидисциплінарного підходу, який включає фізіотерапевтичні, когнітивні та психологічні методики для забезпечення успішної реабілітації пацієнтів. Подальші дослідження повинні бути спрямовані на розробку нових інноваційних підходів для подолання неглекту та підвищення ефективності лікування пацієнтів після інсульту.

**Ключові слова:** інсульт, синдром неглекту, реабілітація, психопатологічні порушення, мультидисциплінарний підхід, відновлення.

**Vostrotnin Oleksandr Vyacheslavovych** Postgraduate student, Department of Neurology and Child Neurology, Educational and Research Institute of Postgraduate Education, Kharkiv National Medical University, Kharkiv, <https://orcid.org/0000-0003-2847-6601>

**Litovchenko Tetyana Anatolyivna** Doctor of Medical Science, Professor, Head of the Department of Neurology and Child Neurology, Educational and Research Institute of Postgraduate Education, Kharkiv National Medical University, Kharkiv, <https://orcid.org/0000-0002-4647-8507>

**Bondar Oksana Borysivna** PhD, Assistant of the Department of Neurology and Child Neurology, Educational and Research Institute of Postgraduate Education, Kharkiv National Medical University, Kharkiv

## CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF NEGLECT SYNDROME IN THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH STROKE

**Abstract.** The article presents a detailed analysis of the clinical and paraclinical features of neglect syndrome in patients following a stroke. Neglect syndrome is a severe neurological complication characterised by the inability to perceive one side of the body or space, most commonly observed in right-hemispheric stroke. This condition significantly complicates the rehabilitation

process, affecting the functional abilities of patients and their recovery potential. The study aimed to investigate the critical clinical aspects of neglect syndrome and its impact on the duration of recovery and the effectiveness of rehabilitation. The study involved 171 patients with right-hemispheric stroke and 20 patients in a control group who had suffered a stroke in the vertebrobasilar territory. The results demonstrated that patients with neglect syndrome had a considerably more extended hospitalisation period and lower Barthel scale scores, indicating a higher level of functional dependence.

Moreover, they frequently exhibited cognitive impairments, particularly problems with spatial perception and attention. The study revealed significant correlations between the degree of neglect and the level of functional independence in stroke patients.

Additionally, the evaluation of various rehabilitation methods showed that comprehensive interventions combining physical therapy and cognitive training significantly improved patients' overall condition. Neglect was identified as an adverse prognostic factor that affects the length of hospitalisation and overall recovery outcomes. Applying specialised techniques to address cognitive impairments is crucial for improving treatment effectiveness and enhancing patients' quality of life. Multidisciplinary rehabilitation methods incorporating physical therapy, cognitive training, and neuropsychological interventions produced markedly better results than traditional approaches. The use of virtual reality and mirror therapy was particularly effective in restoring lost functions, especially in patients with severe neglect. However, despite the positive developments, the presence of neglect syndrome remained an adverse prognostic factor, complicating recovery and increasing the risk of recurrent strokes. The findings underscore the necessity of a multidisciplinary approach, including physiotherapeutic, cognitive, and psychological interventions, to ensure successful patient rehabilitation. Further research is needed to develop innovative strategies for overcoming neglect and improving the efficacy of stroke rehabilitation.

**Keywords:** stroke, neglect syndrome, rehabilitation, psychopathological disorders, multidisciplinary approach, recovery.

**Постановка проблеми** в загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими, чи практичними, завданнями. Інсульт залишається однією з основних причин смертності та інвалідизації в усьому світі, займаючи друге місце за кількістю летальних випадків і третє за частотою інвалідності. Незважаючи на загальне зменшення тягаря інсульту за останні три десятиліття, цей прогрес переважно спостерігається в країнах із високим рівнем доходу. Натомість у країнах із низьким та середнім рівнем доходу тягар інсульту продовжує швидко зростати, що зумовлює необхідність розробки та впровадження ефективних стратегій профілактики та лікування цієї патології [13].

Зменшення мозкового кровотоку, що триває більше кількох секунд, спричиняє швидкий енергетичний дефіцит у нейронах та призводить до некрозу тканин мозку. Якщо кровопостачання відновлюється своєчасно, симптоми можуть бути тимчасовими, що відоме як транзиторна ішемічна атака. Рівень зниження кровотоку залежить від локалізації оклюзії, системного артеріального тиску та індивідуальних особливостей судинної анатомії. Інфаркт виникає в результаті тривалого порушення кровопостачання, коли його рівень падає нижче критичного порогу. Ішемія без розвитку інфаркту можлива, якщо кровопостачання відновлюється протягом певного періоду часу. В таких випадках ділянка тканин, що зазнає оборотних функціональних порушень і має потенціал для некрозу за відсутності своєчасного відновлення кровопостачання, визначається як «ішемічна напівтінь» [5].

Патологічний процес, що супроводжує ішемічний інсульт, включає два основні механізми загибелі клітин — некротичний і апоптотичний. Ішемія викликає загибель клітин шляхом позбавлення нейронів кисню та глюкози, що зумовлює дефіцит аденозинтрифосфату (АТФ), порушення роботи іонних насосів та деполяризацію клітинних мембран, що призводить до руйнування клітинних структур. Крім того, ішемія спричиняє вивільнення вільних радикалів, які додатково пошкоджують клітини та поглиблюють патологічний процес [5].

Синдром неглекту, також відомий як геміігнорування, є одним із важливих неврологічних ускладнень інсульту, яке суттєво впливає на якість життя пацієнтів. Він проявляється у нездатності пацієнтів сприймати події, що відбуваються на протилежному боці від місця ураження мозку в різних сенсорних модальностях (зоровій, слуховій, соматосенсорній). Крім того, пацієнти із синдромом неглекту часто не здатні виконувати дії у просторі, що розташований на протилежному боці від ураженої півкулі мозку [14].

Найчастіше неглект спостерігається при ураженні правої півкулі мозку, що призводить до ігнорування лівої частини простору. Випадки неглекту правої частини простору зустрічаються значно рідше і мають менш виражений характер [14]. Численні дослідження свідчать про широкий діапазон частоти виникнення синдрому неглекту після інсульту — від 10% до 90%, що залежить від методів діагностики та критеріїв відбору пацієнтів. Водночас залишається обмежена кількість досліджень, які б детально висвітлювали частоту проявів цього синдрому у хворих із порушенням мозкового кровообігу у вертебрально-базиллярному басейні [4]. Важливість вивчення цього питання зумовлена тим, що синдром неглекту суттєво погіршує відновлення функцій у пацієнтів, затримує реабілітаційний процес, підвищує ризик рецидивів та інших ускладнень, що безпосередньо впливає на прогноз і якість життя хворих. Це створює додаткові виклики для системи охорони здоров'я, оскільки вимагає довготривалої реабілітації та застосування мультидисциплінарного підходу для забезпечення повного відновлення пацієнтів.



Синдром неглекту найчастіше зустрічається на гострій стадії після інсульту, але навіть через три місяці після ураження правої півкулі він зберігається у понад 15% пацієнтів. Наявність цього синдрому є негативним прогностичним фактором для відновлення функціональних можливостей, що проявляється у довшому періоді госпіталізації, більшій функціональній залежності, підвищеному ризику падінь та тривалій втраті здатності до самотійного життя. Це, в свою чергу, призводить до значного збільшення витрат на систему охорони здоров'я та зниження загальної якості життя пацієнтів [5].

Синдром неглекту залишається суттєвим викликом для реабілітаційної медицини, оскільки його наявність у пацієнтів після інсульту негативно впливає на результати відновлення. Такий стан значно ускладнює процеси фізичної та когнітивної реабілітації, знижує ефективність терапії та вимагає застосування додаткових методів лікування, зокрема нейропсихологічних втручань. Більш тривала реабілітація, спричинена неглектом, не тільки підвищує індивідуальні витрати на лікування, але й створює додаткове навантаження на систему охорони здоров'я загалом. Розробка ефективних стратегій для подолання цього синдрому потребує подальших досліджень і впровадження інноваційних методів лікування, таких як когнітивна реабілітація, використання віртуальної реальності та адаптивних технологій, спрямованих на активізацію уражених ділянок мозку. Підвищення рівня інформованості медичних працівників та пацієнтів про наслідки синдрому неглекту є важливим елементом у покращенні результатів лікування та якості життя пацієнтів після інсульту.

Актуальність цієї роботи полягає в необхідності подальшого вивчення клініко-параклінічних характеристик синдрому неглекту та розробки ефективних протоколів менеджменту пацієнтів з інсультом для покращення прогнозів функціонального відновлення та якості життя.

У свою чергу, наукова новизна полягає у визначенні ключових факторів, що впливають на ефективність реабілітації пацієнтів з синдромом неглекту після інсульту, та розробці нових підходів до менеджменту таких пацієнтів, спрямованих на покращення функціональної незалежності та якості життя.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Інсульт є однією з провідних причин інвалідизації в світі, і хоча найбільше уваги приділяється пошкодженням лівої півкулі мозку, правопівкульні ураження мають не менш важливі наслідки для когнітивних і психоемоційних функцій пацієнтів. Синдром неглекту, який найчастіше виникає при правопівкульному інсульті, є важким ускладненням, що полягає у невизнанні пацієнтом однієї половини тіла або простору, що істотно погіршує процес реабілітації та якість життя пацієнта [12-15].

Щороку понад 5 мільйонів осіб у світі помирають від інсультів, а понад 70% тих, хто вижив, залишаються інвалідами [2].

Дідо Ю., Дуло О. відзначають, що правопівкульний ішемічний інсульт часто супроводжується розвитком синдрому неглекту, що має суттєвий негативний вплив на відновлення пацієнтів. Просторове ігнорування при неглекті асоціюється з обмеженим відновленням рухових, когнітивних і чутливих функцій, а також із низьким рівнем побутової адаптації [2, с. 78-79]. Причиною такого стану є патологічні вогнища в правій тім'яній частці мозку, які впливають на сприйняття просторових та тактильних стимулів. Це призводить до того, що пацієнти не здатні розпізнавати подразники з боку ураженої половини тіла, що суттєво ускладнює процес реабілітації [2, с. 80].

Автори також підкреслюють, що пацієнти з лівостороннім неглектом, пов'язаним із ураженням правої півкулі мозку, мають гірший прогноз на відновлення порівняно з іншими формами інсульту. Це підтверджується тим, що неглект перешкоджає ефективній реабілітації, що значно погіршує як фізичний стан, так і психоемоційне благополуччя пацієнтів [2, с. 81].

В Україні інсульт є однією з основних причин інвалідності, при цьому 60% пацієнтів після інсульту страждають на стійкі неврологічні порушення, включаючи когнітивні дефіцити та синдром неглекту [Востротін, 2023].

Авторське дослідження у співавторстві Востротін О. В., Літовченко Т. А. «Вплив реабілітаційних заходів на якість життя пацієнтів із синдромом неглекту» продемонструвало сильну кореляцію між фізичним станом пацієнтів і їхніми психоемоційними складниками, зокрема емоційним благополуччям і життєвою активністю. Це підтверджує, що саме фізичні функції пацієнтів, такі як мобільність та здатність до самообслуговування, безпосередньо впливають на їхній психічний стан та рівень інвалідизації [1].

Реабілітаційні заходи, які були застосовані до пацієнтів із синдромом неглекту після інсульту, продемонстрували позитивний ефект. Показники фізичних функцій суттєво покращились, що вплинуло на загальну якість життя пацієнтів, особливо в аспекті емоційного благополуччя [1]. Авторські висновки наголошують, що наявність синдрому неглекту є негативним прогностичним фактором для відновлення функціональної незалежності пацієнтів після інсульту. Пацієнти із неглектом мають довший період реабілітації, підвищений ризик падінь і погіршення якості життя, що збільшує тягар на систему охорони здоров'я [1].

Синдром неглекту є не тільки неврологічною проблемою, але й значним психосоціальним тягарем, що асоціюється з депресією та порушенням повсякденної активності [3]. Просторове ігнорування, яке характерне для пацієнтів із цим синдромом, впливає на можливість самостійного життя та потребує інтегративного підходу в лікуванні [2].

Дослідження показують, що відновлення функцій у пацієнтів із правопівкульним інсультом і синдромом неглекту є складним і потребує застосування сучасних реабілітаційних методів, таких як дзеркальна терапія та когнітивно-поведінкові підходи [1]. Наприклад, дослідження ефективності

дзеркальної терапії демонструє покращення функцій як верхніх, так і нижніх кінцівок [1].

Відповідно до досліджень, проведених Дуло О. А. та Дідо Ю. М., визначення важкості синдрому неглекту є ключовою передумовою для ефективного втручання фізичного терапевта. Важливим етапом лікування пацієнтів із синдромом неглекту є оцінка ступеня порушення сприйняття простору та виконання рухових функцій, що дає змогу визначити найбільш відповідні реабілітаційні заходи. Автори підкреслюють, що використання стандартизованих тестів, таких як тест на викреслювання зірок або поділ ліній навпіл, дозволяє чітко виявити когнітивні порушення, зокрема візуально-просторові дисфункції, що значно ускладнюють процес реабілітації. Результати їхніх досліджень демонструють, що пацієнти з важким ступенем неглекту потребують індивідуалізованого підходу, оскільки цей синдром суттєво знижує здатність до самостійного відновлення та виконання повсякденних завдань [3, с. 72-76]. Автори також наголошують на тому, що своєчасне виявлення неглекту та оцінка його важкості є важливими для запобігання подальшому погіршенню когнітивних та моторних функцій у пацієнтів, що вимагає інтенсивної терапії з фокусом на просторову увагу та когнітивні тренінги. Реабілітаційні заходи мають бути направлені на поступове відновлення просторових здібностей, що, своєю чергою, покращить функціональність у повсякденному житті пацієнтів [3, с. 72-76].

Огляд останніх публікацій за останні п'ять років свідчить, що підхід до діагностики та менеджменту пацієнтів з інсультом із синдромом неглекту вимагає міждисциплінарної взаємодії [6-15]. Незважаючи на прогрес у лікуванні таких пацієнтів, багато аспектів, зокрема вплив неглекту на довготривалі реабілітаційні результати, залишаються недостатньо дослідженими.

Таким чином, вивчення клініко-параклінічних особливостей синдрому неглекту є важливим етапом у розробці оптимальних стратегій менеджменту пацієнтів з інсультом, що включає як медичні, так і психосоціальні аспекти. Сучасні дослідження підкреслюють необхідність ранньої діагностики та інтенсивної терапії пацієнтів із синдромом неглекту для запобігання подальшому погіршенню стану та підвищення якості їхнього життя. Використання нейропсихологічних та нейровізуалізаційних методів дозволяє більш точно ідентифікувати ступінь ураження та розробити індивідуальні стратегії лікування.

**Мета статті:** аналіз клініко-параклінічних особливостей синдрому неглекту в пацієнтів з інсультом та оцінка ефективності різних методів лікування в рамках комплексної реабілітації.

У нашому дослідженні, спрямованому на встановлення кореляційних взаємозв'язків між розвитком синдрому геміігнорування та клініко-неврологічними змінами при інфаркті головного мозку, було включено 171 пацієнта із правогемісферним інсультом та 20 пацієнтів контрольної групи з інсультом у

вертебрально-базилярному басейні. Усі пацієнти проходили лікування на базі лікувально-діагностичного відділу №1 приватного підприємства «ЛОРИТОМ».

#### Завдання дослідження:

1. Вивчити частоту виникнення та ступінь вираженості синдрому неглекту у пацієнтів з інсультом.
2. Дослідити вплив неглекту на довготривалі функціональні результати та якість життя пацієнтів.
3. Оцінити ефективність сучасних методів лікування синдрому неглекту, зокрема з використанням інноваційних нейропсихологічних підходів.

**Виклад основного матеріалу** дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів.

Клінічні дослідження ефективності різних методів реабілітації пацієнтів після інсульту є важливим аспектом медичних досліджень, спрямованих на покращення якості життя пацієнтів та відновлення їхньої фізичної активності. Одним із основних аспектів таких досліджень є аналіз клінічних та параклінічних характеристик, а також особливостей перебігу захворювання у різних групах пацієнтів. У даному дослідженні порівнюються основна та контрольна групи, щоб визначити відмінності у перебігу інсульту та ефективності різних підходів до лікування, включаючи вплив статі, віку та супутніх захворювань на реабілітаційні можливості пацієнтів.

Розподіл пацієнтів у контрольній та основній групах дослідження характеризувався однорідністю, проте було встановлено, що пацієнти з інсультом у вертебрально-базилярному басейні (ВББ) були статистично значущо молодшими порівняно з пацієнтами основної групи (табл. 1). Ця вікова різниця може мати важливий вплив на особливості перебігу захворювання та реабілітаційний потенціал, що слід враховувати при плануванні та проведенні лікувальних заходів для різних вікових категорій пацієнтів.

Таблиця 1

#### Гендерно-віковий склад контрольної та основної груп дослідження

		Кількість пацієнтів у групах				Результати визначення статистичної значущості розбіжностей
		Контрольна група (n=20)		Основна група (n=171)		
		абс.	% ДІ <sub>95%</sub>	абс.	% ДІ <sub>95%</sub>	
Стать	чоловіча	13	65.00 (47.46;82.54)	89	52.05 (45.76;58.33)	$\chi^2=1.207$ , $p=0.27186>0.05$
	жіноча	7	35.00 (17.46;52.54)	82	47.95 (41.67;54.24)	
Вікова група	до 60 років	8	40.00 (21.98;58.02)	20	11.70 (7.65;15.74)	$\chi^2=17.375$ , $p=0.00017<0.05$
	60—69 років	9	45.00 (26.70;63.30)	51	29.82 (24.07;35.58)	
	70 років і старше	3	15.00 (1.87;28.13)	100	58.48 (52.28;64.68)	



Під час надходження до стаціонару неврологічний стан пацієнтів обох груп оцінювали за шкалою NIHSS. У контрольній групі медіана оцінки становила 4,5 бали з міжквартильним інтервалом [3,0; 6,0], що свідчить про переважно мінімальні або середні прояви інсульту. Водночас у пацієнтів основної групи аналогічний показник дорівнював 7,0 [3,0; 10,0] балів, що вказує на значно тяжчий неврологічний стан порівняно з контрольною групою ( $M-W U=1211$ ,  $Z=2,137$ ,  $p=0,032574 < 0,05$ ). Це підкреслює більшу вираженість неврологічних порушень у пацієнтів основної групи, що є важливим чинником для подальшого планування лікування та реабілітації (рис. 1).

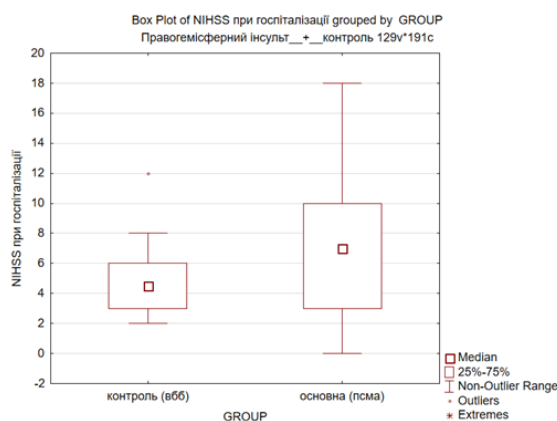


Рис. 1. Бали за шкалою NIHSS при госпіталізації в контрольній і основній групах дослідження

У той же час, якщо оцінювати тяжкість стану якісно, то значущої різниці між групами не виявляється ( $\chi^2=1.863$ ,  $p=0.39393 > 0.05$ ) (рис.2).

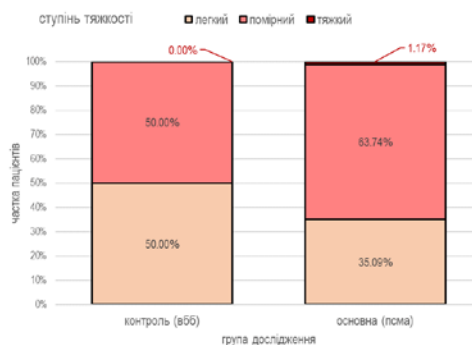


Рис. 2. Якісна оцінка тяжкості стану при госпіталізації (на підставі балів за шкалою NIHSS) в контрольній і основній групах дослідження

М'язова сила у пацієнтів із правогемісферним інсультом була значущо нижчою порівняно з групою контролю ( $M-W U=890$ ,  $Z=3.5796$ ,  $p=0.000344 < 0.05$ ), але випадки плегії були розподілені у групах дослідження рівномірно. За поширеністю гемігіпестезії контрольна і основна групи дослідження не відрізнялися, проте порушення мови ми спостерігали значущо частіше в контрольній групі, а неглект – в основній (табл.2).

Таблиця 2

**Поширеність розладів відчуття, сприйняття, уваги та рухової сфери при інсульті у контрольній та основній групах дослідження**

Розлад	Кількість випадків				Значущість різниці між відносними частками у групах	Значущість розбіжностей абсолютних частот у таблицях спряженості
	Контрольна група (n=20)		Основна група (n=171)			
	абс.	% ДІ <sub>95%</sub>	абс.	% ДІ <sub>95%</sub>		
Плегія	1	5.00 (-3.02;13.02)	23	13.45 (9.16;17.74)	Z=1.1, p=0.1403	$\chi^2=0.522$ , p=0.47011
Афазія	9	45.00 (26.70;63.30)	38	22.22 (16.99;27.45)	Z=2.2, p=0.0126	$\chi^2=5.0075$ , p=0.02524
Гемігіпестезія	3	15.00 (1.87;28.13)	52	30.41 (24.62;36.20)	Z=1.4, p=0.0749	$\chi^2=1.390$ , p=0.23838
Неглект	0	0.00 (0.00;0.00)	111	64.91 (58.91;70.92)	Z=5.6, p<0.0001	$\chi^2=28.386$ , p<0.00001

Когнітивна дисфункція, яка визначається балами за шкалою МоСА, що не перевищують 25, визначалася у 50.0% (95% ДІ=(28.09; 71.91)%) пацієнтів контрольної групи і у 69.01% (95% ДІ=(62.07; 75.94)%) пацієнтів основної групи, що не становило значущої різниці ( $Z=1.7$ ,  $p=0.0872>0.05$ ;  $\chi^2=2.129$ ,  $p=0.14450>0.05$ ). Також статистично значущої різниці не спостерігалось і між балами за шкалою МоСА у двох групах пацієнтів ( $M-W U=1325$ ,  $Z=1.305$ ,  $p=0.191876>0.05$ ). При інсульті у вертебрально-базилярному басейні (в групі контролю) медіанна оцінка за шкалою МоСА дорівнювала 26 балів із міжквартильним інтервалом [22.0; 28.0] балів, в основній групі пацієнтів із правогемісферним інсультом – 24 бали із міжквартильним інтервалом [22.0; 26.0] балів (рис. 3).

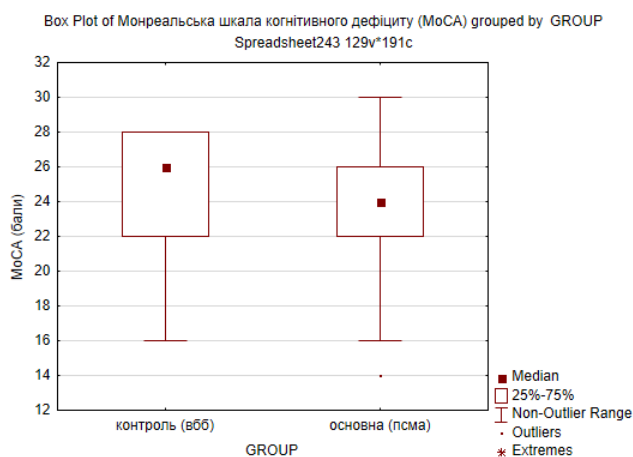


Рис. 3. Розподіл балів за Монреальською шкалою когнітивного дефіциту (МоСА) у пацієнтів контрольної (ВББ) та основної (ПСМА) груп

Індекс Бартела в основній групі дослідження був значущо нижчим, ніж в групі контролю ( $M-W U=1103.5$ ,  $Z=2.269$ ,  $p=0.023256<0.05$ ), що свідчить про більшу залежність від сторонньої допомоги при перенесеному правогемісферному інсульті. В основній групі дослідження індекс Бартела становив 60.0 [45.0; 75.0] балів, в контрольній – 65.0 [60.0; 80.0] балів. Аналіз якісної інтерпретації балів індексу Бартела показав, що крайні випадки значної залежності чи повної незалежності зустрічалися в основній і контрольній групах в однакових пропорціях, однак часткову залежність ми спостерігали частіше в основній групі, а мінімальну – в групі контролю, що знову ж таки підтверджує більші обмеження активності при інсульті у басейні правої середньої мозкової артерії порівняно з інсультом у вертебрально-базиллярному басейні (табл. 3.).

Таблиця 3

**Розподіл пацієнтів за ступенем залежності від сторонньої допомоги у повсякденному житті в контрольній та основній групах дослідження**

Ступінь залежності	Значення Barthel ADL Index (бали)	Кількість випадків				Значущість різниці між відносними частками у групах
		Контрольна група (n=20)		Основна група (n=171)		
		абс.	% ДІ <sub>95%</sub>	абс.	% ДІ <sub>95%</sub>	
Значна залежність	20÷39	1	5.00 (-3.02;13.02)	18	10.53 (6.67;14.39)	Z=0.8, p=0.2173
Часткова залежність	40÷59	0	0.00 (0.00;0.00)	63	36.84 (30.77;42.91)	Z=3.3, p=0.0005
Мінімальна залежність	60÷79	14	70.00 (53.15;86.85)	57	33.33 (27.40;39.26)	Z=3.2, p=0.0007
Повна незалежність	80÷100	5	25.00 (9.07;40.93)	33	19.30 (14.33;24.26)	Z=0.6, p=0.2728
<b>Значущість розбіжностей абсолютних частот у таблиці спряженості</b>		$\chi^2=14.687$ , p=0.00210				

Якісна трактовка результатів опитувальника EQ-5D-5L показала, що за кількістю пацієнтів з наявністю проблем в усіх п'яти вимірах контрольна і основна групи не відрізняються. В обох групах на больові відчуття, дискомфорт і тривожність чи депресію скаржилися порівняно менші частки пацієнтів, ніж на обмеження фізичної мобільності та у звичайній повсякденній діяльності. За бальними оцінками тривожності та депресії, болю і дискомфорту контрольна і основна групи не розрізнялися, втім значущо вищі оцінки вимірів «мобільність», «звичайна діяльність» і «самообслуговування»

в основній групі свідчили про більш серйозні проблеми у цих доменах при правогемісферному інсульті порівняно з інсультом у вертебрально-базиллярному басейні (рис. 4).

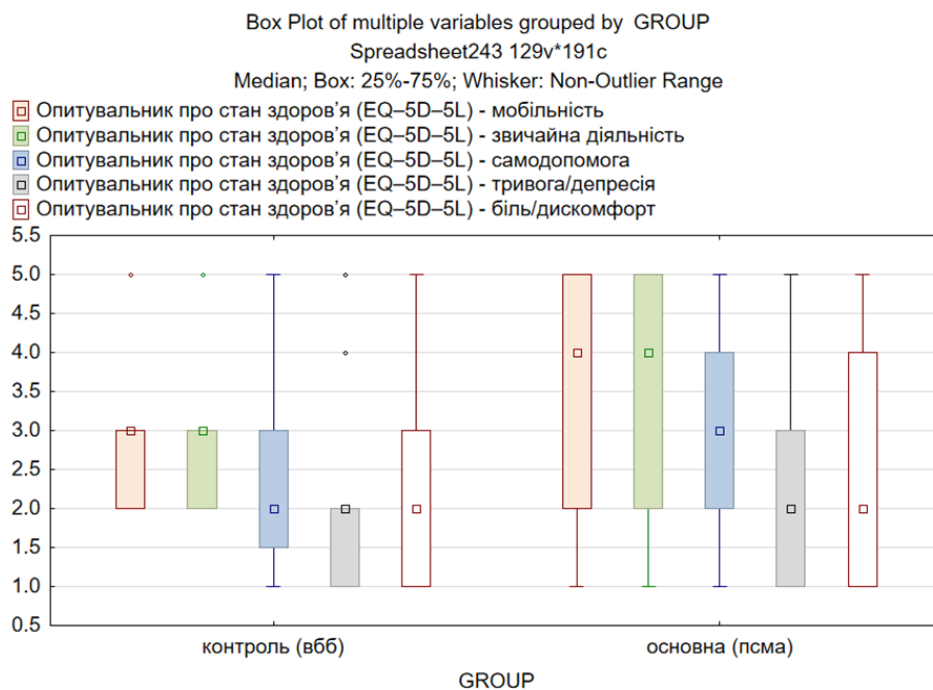


Рис. 4. Результати оцінювання п'яти вимірів здоров'я за опитувальником EQ-5D-5L у досліджених пацієнтів з інсультом в контрольній та основній групах

Для повнішого розуміння клінічних проявів синдрому неглекту після інсульту у вертебрально-базиллярному басейні, необхідно детально проаналізувати клінічні випадки, що відображають особливості перебігу захворювання, його вплив на фізичний та когнітивний стан пацієнтів, а також методи лікування та реабілітації. Ось один із таких випадків.

Пацієнт проходив лікування у неврологічному відділенні, де йому було проведено комплексне обстеження та призначено відповідну терапію. Нижче наведено детальний опис клінічного стану, результатів інструментальних та лабораторних обстежень, а також проведеного лікування.

Пацієнт ЖСГ, 1951 року народження, проходив лікування на базі 2 неврологічного відділення КНП «МКЛ №7» ХМР з 23.03.2024 р. по 01.04.2024 р. При первинному огляді контакт з хворим частково ускладнений через порушення мови. Скарги зі слів дружини на порушення мови, оніміння та слабкість в правих кінцівках, дифузний головний біль, відчуття важкості в голові, запаморочення несистемного характеру, миготіння мушок перед очима, нечіткість контурів предметів, порушення акту пересування, швидку втомлюваність, загальну слабкість. Анамнез хвороби: зі слів родичів, тривалий час страждає на гіпертонічну хворобу, постійно не приймає антигіпертензивні



препарати. Періодично турбували головний біль, запаморочення, хиткість при ходьбі. 5 років назад було проведено стентування з приводу прогресування стенокардії напруги. 06.03.2024 р. гостро виникли порушення мови, оніміння та слабкість в правих кінцівках, хиткість при ходьбі. З 06.03.2024 р. по 15.03.2024 р. пройшов курс лікування в 2 неврологічному відділенні КНП «МКЛ №7» ХМР з діагнозом: Ішемічний інсульт в вертебрально-базилярному басейні (06.03.2024 р.) з правобічним геміпарезом. Виписаний з поліпшенням. Протягом 3х діб гостро виникли порушення мови, наростає слабкість та оніміння в правих кінцівках, порушення акту пересування.

Проведено КТ головного мозку – гематома в лівій півкулі головного мозку. 23.03.2024 р. викликана МШД, надано допомогу – натрію хлорид 0,9% 200 мл в/в крап, в ургентному порядку доставлений та госпіталізований до 2 неврологічного відділення КНП «МКЛ №7» ХМР для подальшого обстеження і лікування.

Об'єктивно: рівень свідомості – ясний. ШКГ – 15 балів. Видимі слизові і шкірні покриви чисті, блідо-рожеві. Лімфатичні вузли не збільшені. У легенях ослаблене дихання. Сатурація кисню 97%. Видимих пошкоджень шкірних покривів черепа не виявлено. Тони серця приглушені, аритмічні, перкуторно межі серцевої тупості розширені вліво на 1 см, АТ 140/90 мм рт. ст, пульс 74 удари на хвилину, задовільного наповнення і напруги. Живіт м'який, безболісний. Печінка не виступає з-під краю реберної дуги. Селезінка і нирки не пальпуються. Симптом Пастернацького негативний з 2-х сторін. Дефекація і сечовипускання без особливостей. Периферичних набряків немає. ІМТ - 28,09.

Неврологічний статус: Менінгеальних знаків немає. Очні щілини D=S, зіниці D=S. Фотореакції середньої жвавості. Інструкції виконує частково. Рух очних яблук обмежений назовні, вгору. Акт конвергенції ослаблений. Ністагму немає. Асиметрія носогубних складок. Ковтання не змінено. Язик по середній лінії. Глотковий рефлекс збережений. М'яке піднебіння при фонації рухоме. Груба дизартрія. Сухожильні рефлекси з рук D>S середньої жвавості, з ніг D>S середньої жвавості. М'язова сила знижена праворуч до 0 балів в кисті, та 1 балу в проксимальних відділах руки, та 2 балів в нозі. Правобічна гемігіпестезія. Лівобічне геміігнорування. М'язовий тонус підвищений за спастичним типом з акцентом в руці. Патологічні стопні знаки праворуч. У пробі Ромберга не перевірявся. Координаторні проби виконує невпевнено ліворуч та намагається виконати праворуч. Емоційно і вегетативно лабільний. Дистальний гіпергідроз. NIHSS – 14 балів. Шкала Бартел – 0 балів.

Додаткові методи обстеження: в клінічному аналізі крові, клінічному аналізі сечі, біохімічному аналізі крові, коагулограмі без істотних змін. На ЕКГ від 06.03.2024р – ритм нерегулярний, фібриляція передсердь, тахісistolічна форма, середня ЧСС 107 ударів на хвилину, вольтаж достатній, електрична вісь серця відхилена вправо, повна блокада правої ніжки пучка

Гіса, AV блокада тип V, порушення внутрішньошлуночкової провідності. На КТ головного мозку від 23.03.2024р – КТ-ознаки медіальної інсульт-гематоми ліворуч, гостре порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом у вертебрально-базиллярному басейні на тлі судинної енцефалопатії. На КТ головного мозку від 29.03.2024р – КТ-ознаки гематоми лівого таламуса, без ознак прориву крові у шлуночкову систему мозку, наслідки інфаркту в вертебрально-базиллярному басейні. На ультразвуковій доплерографії магістральних судин шиї від 08.03.2024р – S-подібна звивистість обох ЗагСА та ВСА, дилатація обох ЗагСА, атеросклероз плечеголового стовбура та магістральних судин шиї, з наявністю щільних циркулярних пухких атеросклеротичних бляшок, з ознаками стенозування просвіту гирла правої ВСА на 35%, гирла лівої ВСА на 30-35% (за діаметром, ECST), напрямок потоків типовий, зниження кровотоку по всім дослідженим артеріальним судинним басейнам (гіпокінетичний (кардіально обумовлений?) тип кровотоку), нефізіологічної турбулентності потоків не виявлено, функціональні проби із закиданням голови та поворотом її в сторони негативні з обох боків, уповільнення кровотоку по обом внутрішнім яремним та хребтовим венам, з ознаками веностазу в басейні правої та лівої внутрішньої яремної вени, реєструється аритмія (гемодинамічно значуща), що створює негармонійний та різношвидкісний кровотік, Ps до 110/хв. На УЗД ОЧП від 07.03.2024р – паренхіматозна дистрофія печінки I ст., хронічний калькульозний холецистит, ознаки панкреопатії, кристалурія. На ЕхоКС від 26.03.2024р – миготлива аритмія, ознаки склерозу аорти, помірна дилатація лівого передсердя, помірна гіпертрофія міокарда лівого шлуночка, ФВ – 0,52. На рентгенографії органів грудної клітини №38901 від 26.03.2024р – базальний пневмофіброз; гіпертензивне серце II-III ст.; аневризматичне розширення та кальциноз стінок аорти; правобічна медіастинальна лімфаденопатія невстановленого генезу.

Діагноз: Геморагічний інсульт в ділянці лівого таламуса (22.03.2024 р.) та ішемічний інсульт (06.03.2024 р.) в вертебрально-базиллярному басейні з грубою дизартрією, грубим правобічним геміпарезом, лівобічним геміігноруванням. Дисциркуляторна гіпертонічна атеросклеротична енцефалопатія 2 ст. з астеничним синдромом. Гіпертонічна хвороба III ст., 2 ст. Ускладнений гіпертонічний криз від 22.03.2024 р. ГПМК. Додатковий ризик високий. ІХС. Стабільна стенокардія напруги III ФК. КВГ. Стентування ПНА (2020 р.). Пересестуюча форма фібриляції передсердь, тахісistolічний варіант. ПБПНПГ. СН 2А ст. ЖКХ: Хронічний калькульозний холецистит в стадії ремісії. Хронічний гастродуоденіт, в стадії ремісії.

Проведене лікування: маніт, реосорбілакт, мексидол, фуросемід, магнію сульфат, L-лізину есцинат, амінокапронова кислота, Цитиколін, дексаметазон, бісопролол, іпідакрин.

На момент виписки Шкала Ренкіна – 4 бали (зберігаються елементи дизартрії, правобічний геміпарез з акцентом в кисті, порушення акту пересу-

вання). Шкала Бартел – 50 балів. Лівобічне геміігнорування у пацієнта у даному випадку спостерігалось за рахунок дифузного зниження кровотоку по всім басейнам головного мозку та нівелювалось протягом 5-6 діб (дод. А).

**Висновки.** Порівняння пацієнтів із правогемісферним інсультом (основна група дослідження) з пацієнтами, які перенесли інсульт у вертебрально-базиллярному басейні (контрольна група), дозволило виявити такі ключові відмінності. Пацієнти основної групи мали суттєво тяжчі неврологічні порушення, що підтверджувалося значно вищими балами за шкалою NIHSS як під час госпіталізації, так і протягом усього періоду лікування. Це свідчить про більш виражені ураження центральної нервової системи у порівнянні з пацієнтами контрольної групи.

Функціональна залежність і ступінь інвалідизації пацієнтів із правогемісферним інсультом були суттєво вищими, що підтверджувалося оцінками за індексом Бартела. Крім того, за результатами опитувальника EQ-5D-5L пацієнти основної групи виявили значно гірші результати за такими показниками, як мобільність, здатність до самообслуговування та виконання щоденних функціональних завдань.

При надходженні до стаціонару пацієнти основної групи мали значно нижчу м'язову силу, що свідчить про більш виражені рухові порушення. Водночас, порушення мовлення спостерігалось рідше у пацієнтів із правогемісферним інсультом, порівняно з пацієнтами з інсультом у вертебрально-базиллярному басейні. Однак синдром неглекту частіше діагностувався саме у пацієнтів основної групи, що вказує на необхідність особливої уваги до цієї патології при реабілітації.

Отже, результати дослідження демонструють важливість диференційованого підходу до лікування та реабілітації пацієнтів із різними формами інсульту, зокрема з урахуванням вираженості неврологічних порушень та специфіки функціональних обмежень.

#### **Література:**

1. Востротін О. В., Літовченко Т. А. Вплив реабілітаційних заходів на якість життя пацієнтів із синдромом неглекту. *Одеський медичний журнал*. 2023. № 4. С. 45-47. DOI: <https://doi.org/10.32782/2226-2008-2023-4-9>
2. Дідо Ю., Дуло, О. Особливості порушення функцій в осіб із правопівкульним ішемічним інсультом, ускладненим неглектом із позиції фізичного терапевта. *Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки*. 2018 № 32. С. 78-85. URL: <https://sportvisnyk.vnu.edu.ua/index.php/sportvisnyk/article/view/691/680> (дата звернення: 28.09.2024).
3. Дуло О. А., Дідо Ю. М. Визначення важкості неглекту як передумови побудови втручання фізичного терапевта. *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія*. 2019. № 2. С. 72–76. URL: <https://doi.org/10.32652/spmed.2019.2.72-76> (дата звернення: 28.09.2024).
4. Advancements in brain-computer interfaces for the rehabilitation of unilateral spatial neglect: a concise review / A. Gouret et al. *Frontiers in Neuroscience*. 2024. Vol. 18. URL: <https://doi.org/10.3389/fnins.2024.1373377> (date of access: 28.09.2024).



5. Daidone M., Ferrantelli S., Tuttolomondo A. Machine learning applications in stroke medicine: advancements, challenges, and future perspectives. *Neural Regeneration Research*. 2023. Vol. 19, no. 4. P. 769–773. URL: <https://doi.org/10.4103/1673-5374.382228> (date of access: 28.09.2024).
6. Diagnosis and management of acute ischaemic stroke / R. Hurford et al. *Practical Neurology*. 2020. Vol. 20, no. 4. P. 304–316. URL: <https://doi.org/10.1136/practneurol-2020-002557> (date of access: 28.09.2024).
7. Kamtchum-Tatuene J., Jickling G. C. Blood Biomarkers for Stroke Diagnosis and Management. *NeuroMolecular Medicine*. 2019. Vol. 21, no. 4. P. 344–368. URL: <https://doi.org/10.1007/s12017-019-08530-0> (date of access: 28.09.2024).
8. Kuriakose D., Xiao Z. Pathophysiology and Treatment of Stroke: Present Status and Future Perspectives. *International Journal of Molecular Sciences*. 2020. Vol. 21, no. 20. P. 7609. URL: <https://doi.org/10.3390/ijms21207609> (date of access: 28.09.2024).
9. Management of acute ischemic stroke in patients with COVID-19 infection: Report of an international panel / A. I. Qureshi et al. *International Journal of Stroke*. 2020. Vol. 15, no. 5. P. 540–554. URL: <https://doi.org/10.1177/1747493020923234> (date of access: 28.09.2024).
10. Management of acute stroke. Specific nursing care and treatments in the stroke unit / E. Sanjuan et al. *Neurología (English Edition)*. 2023. URL: <https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2020.07.026> (date of access: 28.09.2024).
11. Murphy S. J., Werring D. J. Stroke: causes and clinical features. *Medicine*. 2020. Vol. 48, no. 9. P. 561–566. URL: <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.06.002> (date of access: 28.09.2024).
12. No evidence of effectiveness of mirror therapy early after stroke: an assessor-blinded randomized controlled trial / P. Antoniotti et al. *Clinical Rehabilitation*. 2019. Vol. 33, no. 5. P. 885–893. URL: <https://doi.org/10.1177/0269215518824737> (date of access: 28.09.2024).
13. Prust M. L., Forman R., Ovbiagele B. Addressing disparities in the global epidemiology of stroke. *Nature Reviews Neurology*. 2024. URL: <https://doi.org/10.1038/s41582-023-00921-z> (date of access: 28.09.2024).
14. The Neuropsychological Assessment of Unilateral Spatial Neglect Through Computerized and Virtual Reality Tools: A Scoping Review / S. Terruzzi et al. *Neuropsychology Review*. 2023. URL: <https://doi.org/10.1007/s11065-023-09586-3> (date of access: 28.09.2024).
15. Vostrotin O., & Litovchenko T. Clinical and paraclinical features of psychopathological disorders in right hemisphere stroke. *Futurity Medicine*. (2023). №.2(3). P. 29–40. DOI: <https://doi.org/10.57125/FEM.2023.09.30.04>

### References:

1. Vostrotin, O. V., & Litovchenko, T. A. (2023). Vplyv reabilitatsiinykh zakhodiv na yakist zhyttia patsiientiv iz syndromom nehlektu [The influence of rehabilitation measures on the quality of life of patients with neglect syndrome]. *Odeskyi medychnyi zhurnal – Odesa Medical Journal*, (4), 45-47. <https://doi.org/10.32782/2226-2008-2023-4-9> [in Ukrainian]
2. Dido, Yu., & Dulo, O. (2018). Osoblyvosti porushennia funktsii v osib iz pravopivkulnym ishemičnym insultom, uskladnenym nehlektom iz pozytsii fizychnoho terapevta [Features of functional disorders in persons with right-hemispheric ischemic stroke complicated by neglect from the perspective of a physical therapist]. *Molodizhnyi naukovyi visnyk Skhidnoievropeiskoho natsionalnogo universytetu imeni Lesi Ukrainky – Youth Scientific Bulletin of Lesya Ukrainka Eastern European National University*, (32), 78-85. <https://sportvisnyk.vnu.edu.ua/index.php/sportvisnyk/article/view/691/680> [in Ukrainian]
3. Dulo, O. A., & Dido, Yu. M. (2019). Vyznachennia vazhkosti nehlektu yak peredumovy pobudovy vtruchannia fizychnoho terapevta [Determining the severity of neglect as a prerequisite for the physical therapist's intervention]. *Sportyvna medytsyna, fizychna terapiia ta erhoterapiia – Sports Medicine, Physical Therapy and Occupational Therapy*, (2), 72–76. <https://doi.org/10.32652/spmed.2019.2.72-76> [in Ukrainian]



4. Gouret, A., Le Bars, S., Porssut, T., Waszak, F., & Chokron, S. (2024). Advancements in brain-computer interfaces for the rehabilitation of unilateral spatial neglect: a concise review. *Frontiers in Neuroscience*, 18. <https://doi.org/10.3389/fnins.2024.1373377>
5. Daidone, M., Ferrantelli, S., & Tuttolomondo, A. (2023). Machine learning applications in stroke medicine: advancements, challenges, and future perspectives. *Neural Regeneration Research*, 19(4), 769–773. <https://doi.org/10.4103/1673-5374.382228>
6. Hurford, R., Sekhar, A., Hughes, T. A. T., & Muir, K. W. (2020). Diagnosis and management of acute ischaemic stroke. *Practical Neurology*, 20(4), 304–316. <https://doi.org/10.1136/practneurol-2020-002557>
7. Kamtchum-Tatuene, J., & Jickling, G. C. (2019). Blood Biomarkers for Stroke Diagnosis and Management. *NeuroMolecular Medicine*, 21(4), 344–368. <https://doi.org/10.1007/s12017-019-08530-0>
8. Kuriakose, D., & Xiao, Z. (2020). Pathophysiology and Treatment of Stroke: Present Status and Future Perspectives. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(20), 7609. <https://doi.org/10.3390/ijms21207609>
9. Qureshi, A. I., Abd-Allah, F., Al-Senani, F., Aytac, E., Borhani-Haghighi, A., Ciccone, A., Gomez, C. R., Gurkas, E., Hsu, C. Y., Jani, V., Jiao, L., Kobayashi, A., Lee, J., Liaqat, J., Mazighi, M., Parthasarathy, R., Steiner, T., Suri, M. F. K., Toyoda, K., ... Wang, Y. (2020). Management of acute ischemic stroke in patients with COVID-19 infection: Report of an international panel. *International Journal of Stroke*, 15(5), 540–554. <https://doi.org/10.1177/1747493020923234>
10. Sanjuan, E., Pancorbo, O., Santana, K., Miñarro, O., Sala, V., Muchada, M., Boned, S., Juega, J. M., Pagola, J., García-Tornel, Á., Requena, M., Rodríguez-Villatoro, N., Rodríguez-Luna, D., Deck, M., Ribo, M., Molina, C. A., Meler, P., Romero, V., Dalmases, G., ... Rubiera, M. (2023). Management of acute stroke. Specific nursing care and treatments in the stroke unit. *Neurología (English Edition)*. <https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2020.07.026>
11. Murphy, S. J., & Werring, D. J. (2020). Stroke: causes and clinical features. *Medicine*, 48(9), 561–566. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.06.002>
12. Antoniotti, P., Veronelli, L., Caronni, A., Monti, A., Aristidou, E., Montesano, M., & Corbo, M. (2019). No evidence of effectiveness of mirror therapy early after stroke: an assessor-blinded randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 33(5), 885–893. <https://doi.org/10.1177/0269215518824737>
13. Prust, M. L., Forman, R., & Ovbiagele, B. (2024). Addressing disparities in the global epidemiology of stroke. *Nature Reviews Neurology*. <https://doi.org/10.1038/s41582-023-00921-z>
14. Terruzzi, S., Albin, F., Massetti, G., Etzi, R., Gallace, A., & Vallar, G. (2023). The Neuropsychological Assessment of Unilateral Spatial Neglect Through Computerized and Virtual Reality Tools: A Scoping Review. *Neuropsychology Review*. <https://doi.org/10.1007/s11065-023-09586-3>
15. Vostrotin, O., & Litovchenko, T. (2023). Clinical and paraclinical features of psychopathological disorders in right hemisphere stroke. *Futurity Medicine*, 2(3), 29–40. <https://doi.org/10.57125/FEM.2023.09.30.04>

**Клінічний стан пацієнта ЖСГ, результати обстежень та проведенне лікування**

Параметр	Дані
Пацієнт	ЖСГ, 1951 року народження
Перебування у лікарні	Лікування на базі 2 неврологічного відділення КНП «МКЛ №7» ХМР з 23.03.2024 р. по 01.04.2024 р.
Скарги	Порушення мови, оніміння та слабкість у правих кінцівках, головний біль, важкість у голові, запаморочення, порушення пересування, швидка втомлюваність, загальна слабкість
Анамнез хвороби	Гіпертонічна хвороба, відсутність прийому антигіпертензивних препаратів. Стентування 5 років тому
Гострий стан	06.03.2024 р. – гостре порушення мови, оніміння та слабкість у правих кінцівках, хиткість при ходьбі
Діагноз на момент виписки	Ішемічний інсульт у вертебрально-базиллярному басейні, правобічний геміпарез
Обстеження	КТ головного мозку: гематома в лівій півкулі
Госпіталізація	23.03.2024 р., викликана МШД, надано натрію хлорид 0,9%, госпіталізований до неврологічного відділення
Об'єктивний стан	Свідомість ясна, ШКГ – 15 балів, видимі слизові і шкірні покриви чисті, блідо-рожеві. Легені – ослаблене дихання. Сатурація кисню – 97%
Кардіологічний статус	Тони серця приглушені, аритмія, АТ 140/90 мм рт. ст., пульс – 74 уд/хв
ШКГ (Шкала коми Глазго)	15 балів
Неврологічний статус	Менінгеальних знаків немає, асиметрія носогубних складок, груба дизартрія, правобічна гемігіпестезія, лівобічне геміігнорування, NIHSS – 14 балів, Шкала Бартел – 0 балів
Додаткові обстеження	КТ головного мозку (23.03.2024 р.) – інсульт-гематома; ЕКГ – фібриляція передсердь, тахісistolічна форма, УЗД ОЧП – паренхіматозна дистрофія печінки I ст.
Лабораторні дані	Аналіз крові, сечі, біохімія, коагулограма – без істотних змін
Лікування	Маніт, реосорбілакт, мексидол, фуросемід, магнію сульфат, L-лізину есцинат, амінокапронова кислота, цитиколін, дексаметазон, бісопролол, іпідакрин
Остаточний діагноз	Геморагічний інсульт в ділянці лівого таламуса, ішемічний інсульт у вертебрально-базиллярному басейні
Шкала Ренкіна	4 бали
Шкала Бартел	50 балів