

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Национальный вестник медицинских ассоциаций. 2026. Т. 3, № 1. С. 36-41

National Bulletin of Medical Associations. 2026;3(1):36-41

Научная статья / Original article

УДК 616.8-08:616-08-039.35

Бронникова Татьяна Васильевна

Областная клиническая больница № 2, Тюмень, Россия

✉ etv20@mail.ru

ДИНАМИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТА, ПЕРЕНЕСШЕГО ИНСУЛЬТ, В ТЕЧЕНИЕ ДВУХ ЛЕТ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Аннотация. В статье представлен клинический случай, иллюстрирующий динамику восстановления двигательных функций у пациента с тяжелыми последствиями ишемического инсульта на протяжении 28 месяцев (с июня 2023 по ноябрь 2025 года). Подробно описаны шесть последовательных курсов стационарной медицинской реабилитации, различавшихся по продолжительности, целям и применяемым технологиям.

Цель. Иллюстрация долгосрочной (28 месяцев) динамики восстановления двигательных функций у пациента с тяжёлым ишемическим инсультом и анализ факторов, определивших эффективность повторных реабилитационных курсов.

Материалы и методы. Представлен клинический случай пациента 65 лет с ишемическим инсультом в бассейне правой средней мозговой артерии, осложнённым геморрагической трансформацией. Проведён анализ шести последовательных курсов стационарной медицинской реабилитации (август 2023 – ноябрь 2025) с использованием валидизированных шкал: MRC, модифицированная шкала Эшворт, шкала Ривермид (RMA, RAA), mRS.

Результаты. За период наблюдения пациент перешёл от состояния полной зависимости (гемиплегия, невозможность сидеть) к самостоятельному передвижению с многоопорной тростью на дистанцию до 400 м. Наиболее значимый прирост функциональных показателей отмечался после первого курса (вертикализация), четвёртого (ботулинотерапия, обучение ходьбе с тростью) и шестого (отработка паттерна ходьбы, тренировка выносливости). Межгоспитальные интервалы сопровождались плато или частичным регрессом.

Заключение. Данный случай подтверждает, что значимое функциональное восстановление возможно и в позднем восстановительном периоде (после 12 месяцев) при условии систематической, многократной и адаптированной реабилитации. Кратность стационарных госпитализаций выступает критическим фактором преодоления периодов плато, а своевременное включение ботулинотерапии позволяет управлять спастичностью, препятствующей двигательному прогрессу. Результаты обосновывают необходимость развития непрерывных реабилитационных маршрутов с возможностью повторных курсов в хронической фазе инсульта.

Ключевые слова: ишемический инсульт, медицинская реабилитация, поздний восстановительный период, повторные госпитализации, долгосрочное восстановление, шкала Ривермид, двигательные функции, ботулинотерапия, нейропластичность

Для цитирования: Бронникова Т. В. Динамика восстановления двигательных функций у пациента, перенесшего инсульт, в течение двух лет: клинический случай // Национальный вестник медицинских ассоциаций. 2026. Т. 3, № 1. С. 36-41

ВВЕДЕНИЕ

Инсульт остаётся одной из ведущих причин стойкой инвалидизации взрослого населения во всем мире и в Российской Федерации [1, 2]. По данным национального регистра, ежегодно в стране регистрируется около 400 000 новых случаев острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) [3]. Несмотря на прогресс в тромболитической терапии и эндоваскулярных методах лечения, до 80% выживших пациентов имеют те или иные ограни-

чения жизнедеятельности, а примерно треть нуждается в постоянном постороннем уходе [4]. Восстановление двигательных функций, особенно возможности самостоятельного передвижения, является ключевым приоритетом реабилитации и главным фактором, определяющим качество жизни пациентов и их семей [5].

Современные стандарты предусматривают этапность реабилитационной помощи. Однако на практике после завершения раннего стационарного этапа многие

пациенты сталкиваются с «реабилитационным вакуумом» – недостатком доступных, непрерывных и интенсивных программ, особенно в отдаленном периоде [6, 7]. При этом накопленные данные свидетельствуют, что нейропластичность и потенциал для восстановления сохраняются в течение многих месяцев и даже лет после инсульта [8, 9]. Эффективность этого процесса в поздней фазе напрямую зависит от систематичности, адекватной интенсивности и адаптивности применяемых методов [10].

В свете этого особый интерес представляет анализ долгосрочных результатов у пациентов, получавших многократные курсы стационарной реабилитации.

ЦЕЛЬ

Целью описания данного клинического случая является иллюстрация долгосрочной (28 месяцев) динамики восстановления двигательных функций у пациента с тяжёлым ишемическим инсультом, демонстрация взаимосвязи между клиническим прогрессом и параметрами реабилитационного процесса (кратность, цели, методы), а также обоснование значимости непрерывной, поэтапной реабилитационной стратегии.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациент: мужчина, 65 лет (на момент ишемического инсульта – ИИ), профессия – водитель. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь III стадии, атеросклероз, фибрилляция предсердий.

Анамнез настоящего заболевания: в июне 2023 года вечером дома внезапно почувствовал резкую слабость в левых конечностях, упал. Всю ночь находился на полу, не мог подняться. Утром обнаружен родственниками и доставлен бригадой скорой медицинской помощи. При поступлении в приемное отделение ОКБ № 2 диагностирован ИИ в бассейне правой средней мозговой артерии (СМА) с явлениями геморрагической трансформации. Получил базисную терапию в отделении неврологии. В августе 2023 года впервые переведен в отделение медицинской реабилитации (ОМР) для прохождения первого курса реабилитации.

Неврологический статус при первичном поступлении в ОМР (август 2023): сознание ясное. Речь не нарушена. ЧМН без очаговой симптоматики. Оценка двигательной сферы: центральный левосторонний гемипарез. Мышечная сила по шкале Medical Research Council (MRC): в левой руке – 0 баллов (плечо/локоть/кисть), в левой ноге – 1 балл (тазобедренный/коленный/голеностопный суставы). Мышечный тонус по модифицированной шкале Эшворт (МШЭ) – 0 баллов во всех сегментах. Функция сидения отсутствует. Полная зависимость от посторонней помощи (5 баллов по модифицированной шкале Рэнкина, mRS).

Реабилитационный маршрут: за период с августа 2023 по ноябрь 2025 года пациент прошел 6 курсов стационарной реабилитации в ОМР. Общая динамика основных объективных показателей представлена в таблице 1.

Описание ключевых реабилитационных вмешательств:

- Курсы 1-3 (2023 г.): акцент на кинезиотерапию, пассивную и активную-ассистивную вертикализацию с использованием многофункциональной кровати,

механотерапию на роботизированных комплексах с биологической обратной связью (БОС) для нижних конечностей. Основной результат – переход от лежачего состояния к ходьбе с помощью инструктора у жесткой опоры.

- Курс 4 (2024 г.): включение ботулинотерапии (инкоботулоксин А) в мышцы-сгибатели левых конечностей для коррекции нарастающей спастичности (МШЭ 2-3 балла). Это позволило улучшить паттерн ходьбы и обучить пациента самостоятельному передвижению с многоопорной тростью.
- Курсы 5-6 (2025 г.): смещение фокуса на качество движений и выносливость. Применялись тредмил-терапия с поддержкой веса тела для отработки физиологического шага, занятия на сидячем эллиптическом тренажере для тренировки кардиореспираторной системы, занятия ЛФК, направленные на координацию и баланс.

Текущий статус (ноябрь 2025): пациент независим в основных бытовых навыках (самообслуживание, прием пищи, туалет). Передвигается в помещении и на улице самостоятельно с многоопорной тростью. Дистанция непрерывной ходьбы – до 300-400 метров. Сохраняется умеренная спастичность в левой руке (МШЭ 2-3), ограничивающая ее предметно-манипулятивную функцию. В нижней конечности тонус нормализован (МШЭ 1-2), отмечается незначительное эквиноварусное установление стопы при утомлении. Пациент мотивирован на дальнейшую реабилитацию.

ОБСУЖДЕНИЕ

Представленное клиническое наблюдение наглядно демонстрирует несколько фундаментальных принципов современной нейрореабилитации:

1. Длительность периода нейропластичности. Классические представления о том, что основное восстановление происходит в первые 3-6 месяцев после инсульта, в данном случае были опровергнуты [9]. Значимый функциональный прогресс (переход к самостоятельной ходьбе) был достигнут в период с 9-го по 12-й месяц (курс 4), а улучшение качества ходьбы (повышение балла по RMA с 10 до 12) – спустя 28 месяцев после дебюта заболевания (курс 6). Это согласуется с современными данными о том, что пластические изменения в головном мозге могут индуцироваться интенсивной тренировкой и в хронической фазе [8, 11].
2. Критическая роль кратности и систематичности. Динамика, отраженная в таблице 1, носит нелинейный характер. Наиболее выраженный «скачок» (прирост на 5 баллов по RMA) произошел на первом курсе, что типично для ранней фазы за счет регресса дишиза и активации компенсаторных механизмов [12]. Однако последующие курсы (2, 4, 6) также давали значимую положительную динамику, тогда как в периоды длительных перерывов (например, между курсами 3 и 4, 5 и 6) наблюдалось плато или даже незначительный регресс (падение балла RAA с 4 до 3 к курсу 4). Это можно объяснить формированием порочного круга: отсутствие ежедневных структурированных трениро-

вок → снижение мышечной силы и выносливости → рост спастичности и неправильных двигательных стереотипов → падения и развитие «боязни движения» (кинезиофобии). Каждая последующая госпитализация прерывала этот круг, позволяя закрепить достигнутое и поставить новые функциональные задачи. Таким образом, кратность госпитализаций выступала не просто повторением, а необходимым условием для поступательного движения по реабилитационной лестнице.

3. Значение адаптивности и мультидисциплинарности подхода. Успех реабилитации был обусловлен не частотой госпитализаций самой по себе, а их содержательным наполнением. Цели и методы каждого курса эволюционировали вместе с пациентом: от вертикализации – к ходьбе с поддержкой, затем – к самостоятельной ходьбе и, наконец, к тренировке качества и выносливости. Ключевым моментом стало своевременное (курс 4) подключение ботулинотерапии для управления спастичностью, что является стандартом лечения мышечной гипертонии, препятствующей двигательному восстановлению [13]. Работа в мультидисциплинарной команде (невролог, инструктор ЛФК, физический терапевт, психолог, логопед) позволяла комплексно воздействовать на все аспекты ограничений жизнедеятельности.
4. Проблема «реабилитационного голода» и пути ее решения. Случай ярко иллюстрирует негативные последствия перерывов в профессиональной реабилитации. Отсутствие доступных и эффективных форм амбулаторного или домашнего сопровождения высокой интенсивности между курсами вело к частичной потере результатов. Это подтверждает необходимость

развития системы непрерывной реабилитационной помощи, где стационарные курсы являются «точками интенсификации» на фоне постоянной амбулаторной или телемедицинской поддержки [7, 14]. Организация таких преемственных маршрутов является одной из важнейших задач для повышения общего функционального исхода после инсульта.

Ограничения описания случая. Данный клинический случай имеет существенные ограничения. Выводы основаны на наблюдении за одним пациентом, что не позволяет экстраполировать их на всю популяцию. Отсутствует контрольная группа. Отсутствие контрольной группы не позволяет сделать окончательные выводы о причинно-следственной связи между повторными госпитализациями, естественным течением заболевания или другими сопутствующими вмешательствами. Высокая мотивация пациента могла повлиять на исход заболевания. Кроме того, оценка основывалась на функциональных шкалах; данные нейровизуализации или нейрофизиологические данные (например, транскраниальная магнитная стимуляция) не были доступны для сопоставления функциональных улучшений с объективными маркерами нейропластичности). Тем не менее, детальная документация динамики с использованием валидизированных шкал делает наблюдение репрезентативным и информативным для формирования практических гипотез.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Восстановление двигательных функций после тяжелого ишемического инсульта может продолжаться более двух лет, а его потенциал реализуется в полной мере только при условии длительной, систематической и адаптированной реабилитации.

Таблица 1 – Динамика двигательных функций и функциональной независимости в ходе повторных реабилитационных госпитализаций

Table 1 – Dynamics of motor functions and functional independence during repeated rehabilitation hospitalizations

Период госпитализации (месяц/год)	Длительность курса, дней	Шкала Ривермид (общая моторика, RMA)*	Шкала Ривермид для руки (RAA)*	Мышечная сила (MRC), рука/нога (макс. балл)	Мышечный тонус (МШЭ), рука	Основные цели курса
Исходно (авг. 2023)	—	1	1	0 / 1	0 / 0	—
Курс 1 (авг.-сен. 2023)	26	1 → 6	1 → 4	0 → 1 / 1 → 2	0 → 1+ / 0 → 1	Вертикализация, обучение сидению, начальная активизация
Курс 2 (сен.-окт. 2023)	28	6 → 9	4 → 4	1 → 2 / 2 → 3	1+ → 2 / 1 → 2	Обучение стоянию и ходьбе у опоры, контроль тонуса
Курс 3 (нояб. 2023)	21	9 → 9	4 → 4	2 → 2 / 3 → 3	2 → 2 / 2 → 2	Закрепление навыка ходьбы с помощью, увеличение дистанции
Курс 4 (апр.-май 2024)	28	9 → 10	4 → 3	2 → 2-3 / 3 → 3	2 → 2-3 / 2 → 2-3	Ботулинотерапия, обучение ходьбе с тростью, снижение спастичности
Курс 5 (мар.-апр. 2025)	21	10 → 10	3 → 3	2-3 → 2-3 / 3 → 3	2-3 → 2-3 / 2-3 → 2-3	Поддержание достигнутых функций, профилактика контрактур
Курс 6 (окт.-нояб. 2025)	15	10 → 12	3 → 3	2-3 → 3 / 3 → 4	2-3 → 2-3 / 2-3 → 1-2	Отработка паттерна ходьбы, тренировка выносливости

Примечание: * – шкала Ривермид (RMA) оценивает общую моторику и ходьбу (0-13 баллов, где больше – лучше). Шкала Ривермид для руки (RAA) оценивает функцию верхней конечности (0-15 баллов, где больше – лучше). Стрелка (→) указывает изменение от начала к концу курса.

Note: * – The Rivermead Scale (RMA) evaluates general motor skills and walking (0-13 points, where more is better). The Rivermead Arm Scale (RAA) evaluates the function of the upper limb (0-15 points, where more is better). The arrow (→) indicates the change from the beginning to the end of the course.

- Кратность стационарных реабилитационных госпитализаций является значимым фактором эффективности, позволяя последовательно решать новые функциональные задачи, преодолевать периоды плато и корригировать вторичные осложнения (спастичность).
- Ключом к успеху является преемственность и эволюция реабилитационной программы, где каждый последующий курс базируется на достижениях предыдущего, с изменением целей (от базовых навыков к качеству жизни) и методов (от пассивной вертикализации к высокотехнологичной тренировке).
- Для минимизации потерь в межгоспитальные периоды необходимо активное развитие амбулаторных и дистанционных форм реабилитационного сопровождения, формирующих единую непрерывную среду для восстановления пациента.

Данный клинический случай служит практическим подтверждением необходимости пересмотра жестких временных рамок реабилитации и выделения ресурсов на обеспечение ее кратности, непрерывности и индивидуальной адаптации как ключевых элементов успешного долгосрочного ведения пациентов после инсульта.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ / REFERENCES

- GBD 2019 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol.* 2021;20(10):795–820. DOI: 10.1016/S1474-4422(21)00252-0.
- Суслина З.А., Максимова М.Ю., Танашян М.М. и др. Эпидемиология инсульта в России по результатам территориально-популяционного регистра (2018–2019 гг.) // *Анналы клинической и экспериментальной неврологии.* 2021. Т. 15, № 3. С. 33–44. Suslina Z.A., Maksimova M.Yu., Tanashyan M.M. et al. Epidemiologiya insul'ta v Rossii po rezul'tatam territorial'no-populyatsionnogo registra (2018–2019 gg.) [Epidemiology of stroke in Russia based on the results of a territorial-population register (2018–2019)]. *Annals of Clinical and Experimental Neurology.* 2021;15(3):33–44. (In Russ.)
- Федеральный регистр больных ОНМК. Отчетные данные 2023 года. Министерство здравоохранения РФ. 2023. Federal'nyy registr bol'nykh ONMK. Otchetnye dannye 2023 goda [Federal register of stroke patients. Report data 2023]. Moscow: Ministerstvo zdravookhraneniya RF; 2023. (In Russ).
- Langhorne P, Coupar F, Pollock A. Motor recovery after stroke: a systematic review. *Lancet Neurol.* 2009;8(8):741–754. DOI: 10.1016/S1474-4422(09)70150-4.
- Veerbeek JM, van Wegen E, van Peppen R, et al. What is the evidence for physical therapy poststroke? A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2014;9(2):e87987. DOI: 10.1371/journal.pone.0087987.
- Игнатьева О.И., Подолова А.Д., Гуцал Т.В. и др. Актуальные проблемы этапной постинсультной реабилитации // *Современные проблемы науки и образования.* 2025. № 3.; URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=34091> (дата обращения: 13.04.2026). DOI: <https://doi.org/10.17513/spno.34091>. Ignatieva OI, Podolova AD, Gutsal TV, Guzal TV. Aktual'ny'e problemy etapnoj postinsul'tnoj reabilitacii [Current problems of stage-by-stage post-stroke rehabilitation]. *Modern Problems of Science and Education.* 2025;(3). DOI:10.17513/spno.34091.
- Cramer SC, Sur M, Dobkin BH, et al. Harnessing neuroplasticity for clinical applications. *Brain.* 2011;134(Pt 6):1591–1609. DOI: 10.1093/brain/awr039.
- Bernhardt J, Hayward KS, Kwakkel G, et al. Agreed definitions and a shared vision for new standards in stroke recovery research: The Stroke Recovery and Rehabilitation Roundtable taskforce. *Int J Stroke.* 2017;12(5):444–450. DOI: 10.1177/1747493017711816.
- Winstein CJ, Stein J, Arena R, et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2016;47(6):e98–e169. DOI: 10.1161/STR.000000000000098.
- Takeuchi N, Izumi SI. Rehabilitation with Poststroke Motor Recovery: A Review with a Focus on Neural Plasticity. *Stroke Res Treat.* 2013;2013:128641. DOI: 10.1155/2013/128641.
- Grefkes C, Fink GR. Recovery from stroke: current concepts and future perspectives. *Neurol Res Pract.* 2020;2:17. DOI: 10.1186/s42466-020-00060-6.
- Wissel J, Ward AB, Erztgaard P, et al. European consensus table on the use of botulinum toxin type A in adult spasticity. *J Rehabil Med.* 2009;41(1):13–25. DOI: 10.2340/16501977-0303.
- Иванова Г.Е., Бодрова Р.А., Буйлова Т.В. и др. Алгоритм формулирования реабилитационного диагноза с помощью Международной классификации функционирования пациенту, перенесшему инсульт: клинический случай // *Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация.* 2022. № 1. С. 37–54. DOI: 10.36425/rehab96918. Ivanova GE, Bodrova RA, Builova TV, et al. Algoritm formulirovaniya reabilitacionnogo diagnoza s pomoshh'yu Mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovaniya pacientu, perenesshemu insul't: klinicheskij sluchaj [Algorithm for formulation of a rehabilitation diagnosis using the international classification of functioning in a patient with a stroke: clinical case]. *Physical and Rehabilitation Medicine.* 2022;4(1):37–54. doi:10.36425/rehab96918.

Сведения об авторах и дополнительная информация

Бронникова Татьяна Васильевна – инструктор по лечебной физкультуре отделения медицинской реабилитации ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2», Тюмень, Россия; магистрант ФГБОУ ВО «Курганский государственный университет», Курган, Россия; e-mail: etv20@mail.ru.

Конфликт интересов.

Авторы заявляют об отсутствии потенциального или явного конфликта интересов.

Соответствие принципам этики.

Исследование одобрено локальным этическим комитетом ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2», Тюмень, Россия.

Authors and additional information

Tatyana Vasilyevna Bronnikova – instructor in therapeutic physical education, Department of Medical Rehabilitation, State Budgetary Healthcare Institution of the Tyumen Region “Regional Clinical Hospital No. 2”, Tyumen, Russia; master’s student, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Kurgan State University”, Kurgan, Russia; e-mail: etv20@mail.ru.

Conflict of Interest.

The authors declare that there is no conflict of interest, either existing or potential.

Ethics Approval.

The study was approved by the local ethics committee of the State

Вклад авторов.

Концепция и дизайн исследования, сбор и обработка данных, статистический анализ, написание и редактирование текста – Бронникова Т. В.

Финансирование.

Исследование не имело финансовой поддержки.

Сведения о соблюдении этических требований и отсутствии использования ИИ при написании статьи.

Авторы заявляют, что этические требования соблюдены, текст не сгенерирован нейросетью.

Благодарности.

Автор выражает искреннюю благодарность главному врачу ГБУЗ ТО «ОКБ № 2» Кleshchevnikova Т. М. и всему персоналу за содействие в организации исследования, предоставленные клинические материалы и возможность наблюдения за пациентом. Особая признательность пациенту и его законным представителям за согласие описать данный клинический случай.

Статья поступила в редакцию 06.12.2025; одобрена после рецензирования 19.03.2026; принята к публикации 23.03.2026.

Budgetary Healthcare Institution of the Tyumen Region «Regional Clinical Hospital № 2», Tyumen, Russia.

Author Contributions.

Research concept and design, data collection and processing, statistical analysis, writing and editing of the text – Bronnikova T. V.

Funding.

The study received no financial support.

Information on compliance with ethical requirements and the absence of the use of AI in the writing of this article.

The authors declare that ethical requirements have been met and the text was not generated by a neural network.

Acknowledgments.

The author expresses her sincere gratitude to T. M. Kleshchevnikova, Chief Physician of Regional Clinical Hospital No. 2 of the Tyumen Region, and the entire staff for their assistance in organizing the study, providing clinical materials, and the opportunity to observe the patient. Special thanks to the patient and his legal representatives for their consent to describe this clinical case.

The article was submitted 06.12.2025; approved after reviewing 19.03.2026; accepted for publication 23.03.2026.

Tatiana V. Bronnikova

Regional Clinical Hospital № 2, Tyumen, Russia

✉ etv20@mail.ru

TWO-YEAR DYNAMICS OF MOTOR FUNCTION RECOVERY IN A POST-STROKE PATIENT: A CLINICAL CASE

Abstract. This article presents a clinical case illustrating the dynamics of motor function recovery in a patient with severe ischemic stroke complications over 28 months (from June 2023 to November 2025). Six consecutive courses of inpatient medical rehabilitation, differing in duration, goals, and technologies used, are described in detail.

Objective. To illustrate the long-term (28 months) dynamics of motor function recovery in a patient with severe ischemic stroke and to analyze the factors determining the effectiveness of repeated rehabilitation courses.

Materials and Methods. This article presents a clinical case of a 65-year-old patient with ischemic stroke in the right middle cerebral artery territory complicated by hemorrhagic transformation. Six consecutive courses of inpatient medical rehabilitation (August 2023 – November 2025) were analyzed using validated scales: MRC, modified Ashworth scale, Rivermead scale (RMA, RAA), and mRS.

Results. During the observation period, the patient transitioned from a state of complete dependence (hemiplegia, inability to sit) to independent ambulation with a multi-support cane for distances of up to 400 m. The most significant improvement in functional indicators was observed after the first course (standing), the fourth (botulinum toxin therapy, cane walking training), and the sixth (gait pattern development, endurance training). Interhospital intervals were characterized by plateaus or partial regression.

Conclusion. This case confirms that significant functional recovery is possible even in the late recovery period (after 12 months) with systematic, repeated, and adapted rehabilitation. The frequency of inpatient hospitalizations is a critical factor in overcoming plateau periods, and the timely introduction of botulinum therapy helps manage spasticity, which hinders motor progress. The results support the need to develop continuous rehabilitation pathways with the possibility of repeated courses during the chronic phase of stroke.

Keywords: ischemic stroke, medical rehabilitation, late recovery period, rehospitalizations, long-term recovery, Rivermead scale, motor function, botulinum toxin therapy, neuroplasticity

For citation: Bronnikova TV. Two-year dynamics of motor function recovery in a post-stroke patient: a clinical case. National Bulletin of Medical Associations. 2026;3(1):40-41

一例中风患者两年后运动功能恢复的动态过程：临床病例报告

摘要：本文介绍了一个临床病例，阐述了一名严重缺血性卒中患者在28个月期间（2023年6月至2025年11月）运动功能恢复的动态过程。文章详细描述了该患者连续接受的六个疗程的住院康复治疗，这些疗程在持续时间、目标和所用技术方面各不相同。

目的：阐明严重缺血性中风患者运动功能恢复的长期（28个月）动态，并分析决定重复康复疗程有效性的因素。

材料与方法。我们报告一例65岁患者，其右侧大脑中动脉供血区发生缺血性卒中，并伴有出血性转化。我们分析了该患者连续六个疗程的住院康复治疗（2023年8月至2025年11月），并采用经验证的量表进行评估，包括：MRC量表、改

良ASHWORTH量表、RIVERMEAD量表 (RMA、RAA) 和MRS量表。

结果。在观察期内，患者从完全依赖他人 (偏瘫、无法坐立) 的状态过渡到能够使用多功能拐杖独立行走，最远可达400米。功能指标改善最显著的时期出现在第一疗程 (站立)、第四疗程 (肉毒杆菌毒素治疗、拐杖行走训练) 和第六疗程 (步态模式改善、耐力训练)。住院间隔期间，功能指标出现平台期或部分回落。

结论：本病例证实，即使在康复后期 (12个月后)，通过系统、反复和个性化的康复治疗，仍可实现显著的功能恢复。频繁的住院治疗对于突破康复瓶颈至关重要，及时的肉毒杆菌毒素治疗有助于控制痉挛，从而促进运动功能的恢复。这些结果支持在卒中慢性期开展持续康复计划，并可根据需要进行多次疗程。

关键词：缺血性中风, 医疗康复, 后期恢复期, 反复住院, 长期康复, RIVERMEAD 量表, 运动功能, 肉毒杆菌疗法, 神经可塑性。
