

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Медичний факультет

Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

**ЗАСТОСУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВПРАВ У ЛЮДЕЙ
ПОХИЛОГО ВІКУ ПІСЛЯ ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ
МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ**

Кваліфікаційна робота (проект)

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Виконав: здобувач II курсу

спеціальності 227 Терапія та реабілітація

спеціалізація 227.01 Фізична терапія

Освітньо-професійної програми

«Фізична реабілітація»

Салій Артем Олексійович

Керівниця: кандидатка медичних наук, доцентка

Данильченко Світлана Іванівна

Рецензент кандидатка медичних наук, доцентка,

професорка кафедри терапії, реабілітації і

морфології Прикарпатського національного

університету ім. В. Стефаника

Аравіцька Марія Геннадіївна

Івано-Франківськ, 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. Теоретичні та методологічні аспекти лікування і реабілітації пацієнтів похилого віку з гострим порушенням мозкового кровообігу.....	7
1.1 Загальні питання розповсюдженості гострого мозкового кровообігу у людей похилого віку.	7
1.2 Соціальна проблематика гострого мозкового кровообігу у людей похилого віку.....	11
1.3 Сучасний стан організації реабілітації пацієнтів похилого віку з гострим порушенням мозкового кровообігу.....	14
РОЗДІЛ 2. Організація системи реабілітаційної допомоги після гострого порушення мозкового кровообігу	17
2.1 Статистичні показники інсультів серед осіб похилого віку.....	17
2.2 Міжнародні підходи до ранньої та пізньої реабілітації після ГПМК.....	21
2.3 Етапність та структура реабілітаційних програм	26
2.4 Значення логопедії та працетерапії для реабілітаційного процесу пацієнтів після ГПМК.....	40
РОЗДІЛ 3. Застосування терапевтичних вправ у фізичній реабілітації осіб похилого віку після ГПМК.....	46
3.1 Підбір терапевтичних вправ відповідно до етапу відновлення	46
3.2 Вплив лікувальної фізкультури на покращення функціонального стану	60

3.3 Дослідження застосування терапевтичних вправ у людей похилого віку після ГПМК.....	66
ВИСНОВКИ.....	70
ДЖЕРЕЛА.....	76

ВСТУП

Актуальність теми «Застосування терапевтичних вправ у людей похилого віку після гострого порушення мозкового кровообігу» зумовлена фактом , що гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) у людей похилого віку, також відоме як інсульт , в сучасному трапляється все більше, таким чином збільшується кількість людей, які потребують курсу реабілітації .

За статистичними даними, інсульт є третьою за частотою причиною смертності в країні. Рання та ефективна реабілітація є критично важливою для покращення якості життя пацієнтів.

Реабілітація після ГПМК включає медикаментозне лікування, фізичну терапію та психологічну підтримку. Одним із важливих аспектів реабілітації є застосування терапевтичних вправ, оскільки вони сприяють відновленню рухових функцій та покращують якість життя пацієнтів.

Інсульт – це порушення мозкового кровообігу , яке зумовлене порушенням кровопостачання внаслідок тромбозу , пухлин та ін. Це порушення може мати як вогнищевий, так і генералізований характер.

Результати дослідження підтверджують велику ефективність та вплив терапевтичних вправ у процесі реабілітації людей похилого віку після гострого порушення мозкового кровообігу. За даними дослідження систематичні тренування сприяють значному покращенню моторних функцій, зниженню рівня інвалідності та поліпшенню якості життя пацієнтів.

Вибір конкретних видів терапевтичних вправ має враховувати індивідуальні особливості кожного пацієнта, включно з рівнем фізичної підготовки, характером та ступенем уражень після інсульту,

комплексного підходу, який поєднує фізичні вправи, когнітивні тренування.

Мета дослідження розробити та усвідомити побудову реабілітаційних заходів в умовах ГПМК у людей похилого віку .

Завдання:

- аналіз понятійно-категоріального апарату в сфері реабілітаційних заходів пацієнтів похилого віку з гострим порушенням мозкового кровообігу;
- визначити та теоретично зафіксувати сучасний стан організації реабілітаційних заходів в сфері профілактики і лікування пацієнтів похилого віку з гострим порушенням мозкового кровообігу;
- знайти та сформулювати проблемні питання в сфері реабілітаційних заходів пацієнтів похилого віку з гострим порушенням мозкового кровообігу;
- запропонувати науково-обґрунтоване удосконалення системи профілактичних заходів пацієнтів похилого віку з гострим порушенням мозкового кровообігу.

Об'єкт дослідження – система реабілітаційних і профілактичних заходів в сфері лікування та реабілітації пацієнтів похилого віку після гострого порушення мозкового кровообігу.

Предмет – система реабілітаційних і профілактичних заходів в сфері лікування та реабілітації пацієнтів похилого віку після гострого порушення мозкового кровообігу.

В роботі розглянутий та систематизований понятійно-категоріальний апарат в сфері управління охороною здоров'я в галузі фізичної реабілітації та терапії, розглянуто ключові фактори впливу на сучасний стан проблеми фізичної реабілітації населення, удосконалено

систему організаційних заходів в сфері фізичної реабілітації людей похилого віку та фізичної терапії.

В процесі здійснення наукової роботи та дослідження використовувались загальнонаукові та спеціальні методи дослідження: монографічний (аналіз наукової літератури, підручників та монографій, статей, що й слугують інформаційною основою наукового дослідження); абстрактно-логічний (для формулювання висновків та рекомендацій).

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ І РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ З ГОСТРИМ ПОРУШЕННЯМ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

1.1 Загальні питання розповсюдженості гострого мозкового кровообігу у людей похилого віку.

Гостре порушення мозкового кровообігу це одна з найбільш вагомих сучасних проблем, що впливає на здоров'я людей похилого віку по всьому світу.

Це захворювання - найпоширеніша причина смертей та непрацездатності серед старшого покоління , тобто людей похилого віку. За статистичними даними , щороку 15 мільйонів осіб зазнають цього захворювання, і майже третина з них отримують непрацездатність на все життя , потребуючи тривалого і інтенсивного медичного догляду та реабілітації , стаючи залежними від рідних та близьких . Найчастіше інсульт вражає людей старше 65 років, і це робить його однією з найбільших загроз для здоров'я цієї вікової групи.

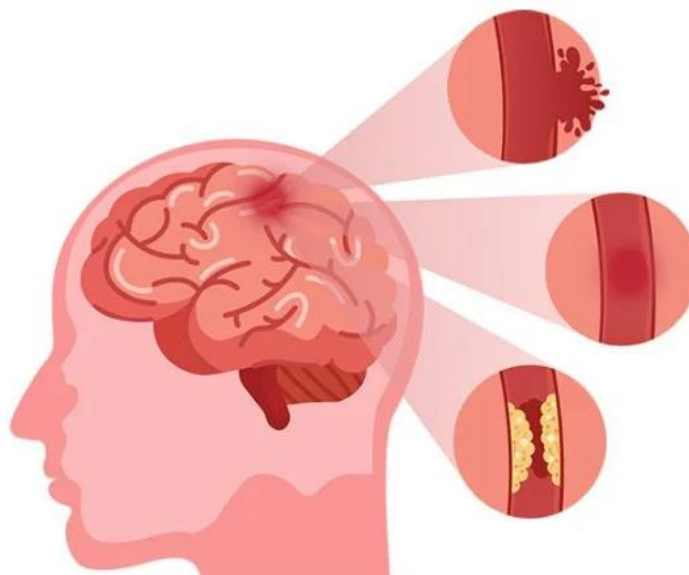


Рисунок 1.1 – Схематичне зображення гострого порушення мозкового кровообігу

Згідно зі статистикою, близько 70% усіх випадків інсульту трапляються у людей, старших за 65 років. Це свідчить про значний вплив цієї хвороби на літніх людей, адже з віком ризик виникнення інсульту зростає через численні фактори, які включають в себе зниження фізичної активності, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, серцево-судинні захворювання та інші супутні патології. Особливістю інсульту в літньому віці є те, що він частіше призводить до серйозних порушень функцій організму, таких як втрату рухової активності, проблеми з координацією, мовленням, а також значні когнітивні та психоемоційні зміни. Таці люди безумовно потребують психологічної підтримки близьких а також спеціалізованої психологічної допомоги .

Після перенесеного інсульту у людей похилого віку зазвичай виникає комплекс порушень, що значно погіршує якість життя та здатність до самообслуговування. Одним із головних аспектів реабілітації після інсульту є відновлення фізичної активності, оскільки рухова активність є важливою для підтримки нормального функціонування організму, покращення кровообігу, стимулювання

відновлення нервових клітин і зв'язків у мозку. Терапевтичні вправи ,проведені під контролем кваліфікованого фізичного терапевта ,сприяють відновленню рухових функцій, зменшенню болю та спазмів м'язів ураженої сторони , покращенню загального стану пацієнта.

Дослідження показують, що регулярне виконання терапевтичних вправ не тільки покращує фізичний стан пацієнтів, але й знижує ризик повторного інсульту. Це важливий аспект, оскільки інсульт може повторюватися, і для людей похилого віку повторний інсульт може призвести до ще більших порушень і погіршення функціональних можливостей. Вправи для пацієнтів з інсультом повинні бути адаптовані до їхніх фізичних можливостей і обов'язково враховувати наявність серцево-судинних патологій, що часто спостерігаються у літніх людей.

Особливістю реабілітації у людей похилого віку є те, що з віком значно зменшується м'язова маса, знижується еластичність зв'язок та судин, що ускладнює процес відновлення. Тому всі терапевтичні заходи повинні бути строго індивідуальними і адаптованими до фізичних можливостей пацієнта. Крім того, важливо враховувати наявність інших хронічних захворювань, які можуть впливати на реабілітаційний процес. Наприклад, при артеріальній гіпертензії можуть бути обмеження щодо інтенсивності фізичних навантажень, а при цукровому діабеті – необхідність контролювати рівень глюкози в крові під час виконання вправ.

Реабілітаційні програми для пацієнтів після інсульту зазвичай включають різноманітні види терапевтичних вправ, починаючи від пасивних рухів у ранній постінсультний період і поступово переходячи до активних аеробних та силових вправ на більш пізніх етапах. На початкових етапах відновлення важливо акцентувати увагу на таких вправах, які сприяють покращенню кровообігу та запобігають розвитку спастичних порушень м'язів. Згодом пацієнти можуть виконувати

вправи, спрямовані на покращення їхньої рухливості, силу, витривалість і функціональні можливості. Важливе значення також мають вправи для відновлення рівноваги та координації, оскільки у літніх людей після інсульту часто спостерігаються порушення в цих сферах, що збільшує ризик падінь – дуже небезпечних для людей похилого віку.

Крім фізичних вправ, дуже важливу роль у реабілітації пацієнтів після інсульту відіграє міждисциплінарний підхід. Це включає активну участь не лише лікарів-неврологів, але й фізіотерапевтів, реабілітологів, медичних сестер, психологів та інших фахівців. Спільна робота цих професіоналів дозволяє розробити індивідуальні плани реабілітації, враховуючи всі особливості стану пацієнта. Медичні сестри відіграють ключову роль у повсякденному догляді за пацієнтами, контролюючи виконання вправ, стежачи за дотриманням рекомендацій лікарів і, найголовніше, забезпечуючи мотивацію пацієнтів до продовження лікування. Психологічна підтримка також є необхідною складовою, оскільки багато пацієнтів після інсульту можуть відчувати депресію, тривожність чи безнадійність через обмеження їхньої здатності до самообслуговування.

Отже, реабілітація після інсульту є складним і багатогранним процесом, який вимагає комплексного підходу, врахування фізіологічних і психологічних аспектів відновлення. Важливим є застосування різноманітних терапевтичних вправ, що відповідають індивідуальним можливостям пацієнта, а також залучення багатьох фахівців для забезпечення ефективного відновлення та покращення якості життя пацієнтів.

1.2 Соціальна проблематика гострого мозкового кровообігу у людей похилого віку.

Гостре порушення мозкового кровообігу це не лише серйозна медична проблема, а й величезна соціальна та економічний виклик для суспільства. Інсульт, як правило, викликає значні фізичні, когнітивні та емоційні порушення, які можуть призвести до тривалої непрацездатності та інвалідності. Це створює великі труднощі не тільки для самих пацієнтів, а й для їхніх родин, медичних працівників, соціальних служб та державних установ, які повинні справлятися з наслідками інсульту. Оскільки інсульт часто призводить до смерті та непрацездатності, особливо у осіб похилого віку, важливість надання своєчасної та ефективної медичної допомоги та реабілітації важко переоцінити.

Посилаючись на статистичні дані, більше ніж 15 мільйонів осіб щорічно переживають інсульт у всесвітньому масштабі. З цього числа майже третина стає інвалідами, що вимагає тривалого догляду та постійної реабілітації. Особливо уразливими є люди старшого віку: близько 70% всіх випадків інсульту трапляються у пацієнтів старше 65 років. Ця група пацієнтів потребує не тільки фізичного відновлення, але й соціальної інтеграції та психологічної підтримки. Внаслідок інсульту люди похилого віку часто стикаються з обмеженням рухової активності, втратами когнітивних функцій, порушеннями мовлення та проблемами з пам'яттю, що може призвести до глибокої ізоляції від соціуму і втрати можливості вести повноцінне життя.

У результаті цього у пацієнтів, які пережили інсульт, часто виникають серйозні труднощі з виконанням базових життєвих функцій, таких як одягання, годування, пересування та підтримання особистої гігієни. Це спричиняє їхню залежність від сторонньої допомоги, будь то родичі, професійні доглядальники чи медичні працівники. У багатьох випадках члени родини стають основними доглядальниками, що

створює додаткове навантаження на їхнє емоційне та фізичне здоров'я, а також спричиняє економічні труднощі, оскільки вони змушені або скорочувати свої робочі години, або взагалі залишити роботу, щоб доглядати за пацієнтом.

Інсульт також має глибокий психологічний вплив на пацієнтів, особливо на людей похилого віку. Дослідження показують, що більшість пацієнтів після інсульту стикаються з депресією, тривожністю, страхом та низькою самооцінкою через втрату автономії, залежність від інших людей та обмеження у повсякденному житті. Це значно ускладнює процес реабілітації, оскільки психологічний стан пацієнта безпосередньо впливає на його здатність виконувати реабілітаційні вправи, брати участь у соціальних активностях та відновлювати фізичні функції.

Соціальна реабілітація та психологічна підтримка є важливими складовими процесу відновлення після інсульту, але доступність таких послуг часто є обмеженою. У багатьох країнах, особливо в сільських або віддалених районах, доступ до професійних послуг реабілітації та психологічної допомоги є надзвичайно обмеженим, що погіршує становище пацієнтів. Багато пацієнтів, особливо в країнах з низьким рівнем доходу, стикаються з дефіцитом необхідних медичних та соціальних послуг. Це додатково ускладнює процес їхнього відновлення та адаптації до нових умов життя.

Окрім медичних витрат на лікування та реабілітацію, інсульт має значний економічний вплив на родини пацієнтів. Багато сімей, що мають в себе пацієнтів, які пережили інсульт, стикаються з серйозними фінансовими труднощами через високі витрати на медичні та соціальні послуги, а також через непрямі витрати, пов'язані з втратою продуктивності. Люди, які доглядають за пацієнтами, часто змушені залишити роботу або зменшити свою трудову активність, що призводить до зниження їхнього доходу і, в результаті, до загострення фінансових

труднощів. Сім'ї пацієнтів часто несуть додаткові витрати на медикаменти, медичне обладнання, транспорт та інші потреби, пов'язані з доглядом.

Крім того, проблема інсульту має великий соціальний вимір, особливо в контексті демографічних змін, що відбуваються в більшості країн світу. Старіння населення є однією з основних причин зростання числа випадків інсульту, оскільки з віком ризик розвитку цієї хвороби значно збільшується. Відповідно, кількість людей, які потребують допомоги після інсульту, також збільшується. За даними Європейської асоціації з інсульту, витрати на лікування та реабілітацію пацієнтів з інсультом в країнах Європейського Союзу перевищують 60 мільярдів євро щороку, і частка людей похилого віку серед цих пацієнтів продовжує зростати. Це створює серйозні виклики для урядів, які повинні забезпечити адекватні ресурси для лікування, реабілітації та соціальної підтримки таких пацієнтів.

Рішення цієї проблеми передбачає розробку комплексних стратегій реабілітації та соціального забезпечення, орієнтованих на потреби людей похилого віку. Це не тільки збільшення фінансування на медичну допомогу та соціальні послуги, а й створення умов для повноцінної інтеграції пацієнтів після інсульту в активне соціальне життя. Програми соціальної реабілітації повинні включати доступ до реабілітаційних центрів, фізичної активності, психологічної підтримки, а також соціальних послуг, які дозволяють літнім людям не тільки відновлювати свої фізичні функції, але й відновлювати свою соціальну активність, повернутись до нормального життя.

1.3 Сучасний стан організації реабілітації пацієнтів похилого віку з гострим порушенням мозкового кровообігу .

Реабілітація пацієнтів похилого віку після гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК) є ключовим етапом відновлення, що значно впливає на прогноз і якість життя пацієнта. З огляду на високу поширеність інсультів серед людей віком 65+ років, реабілітаційні програми повинні бути адаптовані до потреб цієї вікової групи, враховуючи супутні хронічні захворювання, знижений рівень фізичної активності та когнітивні порушення.

Пацієнти похилого віку часто мають не лише фізичні обмеження, але й психоемоційні труднощі, такі як депресія та тривожність, що знижує їх мотивацію до активної участі у відновлювальних програмах. Тому сучасні підходи до реабілітації передбачають інтеграцію багатопрофільних команд, що включають лікарів , фахівців з реабілітації , лікарів-психологів , логопедів , медичних сестер з реабілітації та соціальних працівників. Такий мультидисциплінарний підхід дає змогу максимально індивідуалізувати період реабілітації, що є особливо важливим для людей похилого віку .

В останні роки спостерігається впровадження новітніх технологій і підходів до реабілітації пацієнтів після інсульту. Окрім терапевтичних вправ , використовуються роботизовані системи, віртуальна реальність, комп'ютерні програми для когнітивного тренування та телереабілітація. Зокрема, роботизовані системи для відновлення рухової активності допомагають пацієнтам відновлювати втрачені функції кінцівок, особливо на ранніх етапах реабілітації .

Віртуальна реальність стає інноваційним методом у терапії когнітивних та рухових порушень, що дозволяє пацієнтам тренувати баланс, координацію та пам'ять у безпечних умовах, ігровій формі , а

також здобувати навички , якими вони ще не володіють . Це підвищує мотивацію пацієнтів до участі в заняттях та сприяє швидшому відновленню. Телереабілітація, у свою чергу, дає можливість забезпечити пацієнтам постійний доступ до медичних фахівців та реабілітаційних програм навіть у віддалених регіонах , селах та за неможливості відвідати реабілітаційний центр фізично .

Незважаючи на значний прогрес у розробці та впровадженні сучасних методів реабілітації, проблема доступності цих послуг залишається гострою в багатьох країнах, особливо у країнах з обмеженими фінансовими ресурсами або недостатньо розвиненою системою охорони здоров'я.

Реабілітація після інсульту вимагає тривалого часу, а також висококваліфікованого персоналу та спеціалізованого обладнання, що значно підвищує її вартість.

У розвинених країнах доступ до якісної реабілітації забезпечується через державні програми або медичне страхування, проте навіть там система часто перевантажена через зростаючу кількість пацієнтів літнього віку. У країнах з поганим рівнем життя пацієнти стикаються з обмеженим доступом до таких послуг через фінансові труднощі, недостатню кількість реабілітаційних центрів та відсутність фахівців.

Наприклад, за даними досліджень, лише близько 30% пацієнтів з інсультом у країнах з низьким рівнем доходу мають доступ до реабілітаційних програм у перші 3 місяці після інсульту. Це значно знижує їх шанси на повне відновлення , унеможливорює ранню реабілітацію та збільшує ризик повторних інсультів та ускладнень .

Одним із пріоритетних напрямів удосконалення реабілітації пацієнтів похилого віку є розвиток системи догляду за пацієнтами

вдома. Домашня реабілітація дає можливість продовжити заняття після виписки з лікарні, що особливо актуально для літніх пацієнтів, які часто мають обмежені можливості для пересування. Для цього важливо розвивати програми телереабілітації та дистанційного моніторингу стану пацієнтів, що дозволить залучати фахівців навіть у віддалених регіонах.

Крім того, необхідно підвищувати кваліфікацію медичних працівників, які працюють з людьми похилого віку після інсульту, щоб забезпечити їм доступ до новітніх знань і методик. Також важливим є розвиток міжнародної співпраці в галузі реабілітації, що дозволить країнам обмінюватися досвідом та впроваджувати передові практики .

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ПІСЛЯ ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

2.1 Статистичні показники інсультів серед осіб похилого віку

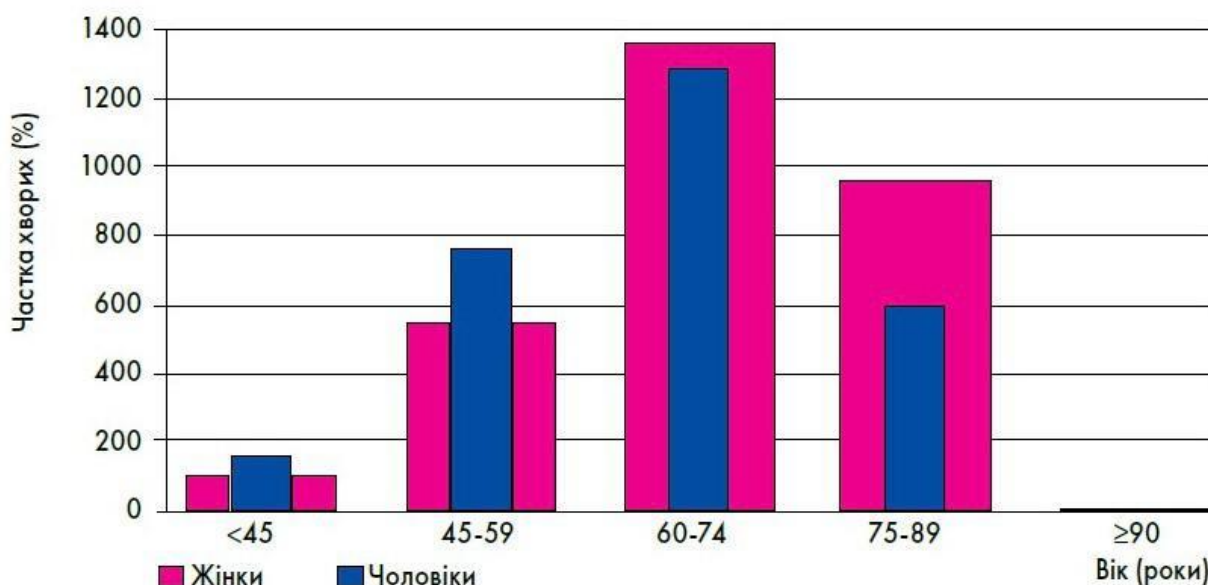
Щороку у світі фіксується близько 17 мільйонів випадків інсульту: в Європі — 1,75 мільйона, у США — понад 800 тисяч, в Україні — від 120 до 130 тисяч.

Посилаючись на статистичні дані , щорічно інсульт вражає приблизно 20 мільйонів осіб, з них 5 мільйонів зазнають летальних виходів . З тих осіб, що виживають, велика частина стає людьми з інвалідністю та потребує сторонньої допомоги у повсякденному житті.

Рівень поширеності інсульту зростає переважно в країнах, що розвиваються. У порівнянні з 1990 роком, кількість випадків зросла на 68%. За оцінками експертів ВООЗ, через 10 років варто очікувати 7,8 мільйона смертей, а кількість людей, які перенесли інсульт, сягне 77 мільйонів.

Основними чинниками зростання інсультів є старіння населення та поширеність судинних факторів ризику, таких як атеросклероз, тютюнопаління , вживання алкогольних напоїв , гіпертонічна хвороба тощо.

Ризик інсульту напряму залежить від віку , та найбільш високим є після 75 років і дорівнює 5 відсоткам .



Вік і стать: у 5818 пацієнтів з інсультом у досліджуваних групах 2007-2016 рр.
 <45 – 271 особа; 45-59 – 590 осіб; 60-74 – 1320 осіб; 75-89 – 1563 особи; ≥90 – 11 осіб.

Рисунок 2.1 – Статистичні дані стосовно ризику інсульту у людей відповідно до статі та віку

В Україні ситуація ускладнюється високою поширеністю артеріальної гіпертензії, цукрового діабету та серцево-судинних хворіб. Також серйозними проблемами залишаються куріння, зловживання алкоголем, малорухливий спосіб життя та неправильне харчування.

Ще одним вагомим фактором ризику є хронічний стрес, зокрема через нестабільну економіку, високе безробіття та військові дії. У військових частіше фіксують геморагічні інсульти, ніж серед цивільного населення.

Захворюваність на перший інсульт у різних країнах коливається в межах 72 до 351 випадків на 100 тис. населення в рік.

У 1102 пацієнтів віком від 26 до 100 років (що становить 71,5% вибірки) інсульт виник уперше; середній вік таких хворих склав $70,3 \pm 10,8$ року. Повторні інсульти зареєстровано у пацієнтів віком від 43 до 95 років із середнім віком 71 рік.

Найчастіше фіксували ГПМК за ішемічним типом — у 1328 осіб (86,1%). Геморагічний інсульт виявлено у 121 пацієнта (7,8%), змішаний тип — у 17 осіб (1,1%) , а у 57 пацієнтів (3,7%) тип інсульту залишився не уточненим.

Аналіз розподілу за статтю виявив, що ішемічний інсульт мали 572 чоловіки (37,1%) та 756 жінок (49%). Геморагічний тип спостерігався у 51 чоловіка (3,3%) і 70 жінок (4,5%). Змішаний інсульт зафіксували у 5 чоловіків (0,3%) та 12 жінок (0,8%). Геморагічну трансформацію — у 7 чоловіків (0,5%) і 12 жінок (0,8%). Неуточнений тип інсульту встановлено у 22 чоловіків (1,4%) та 35 жінок (2,3%).

Ішемічний інсульт переважав у всіх вікових категоріях незалежно від статі. Низький рівень геморагічних інсультів серед молодих і людей середнього віку частково пояснюється тим, що таких пацієнтів найчастіше госпіталізують у нейрохірургічні відділення.

Як показали дані, геморагічний інсульт найчастіше діагностували у чоловіків похилого віку — 31 випадок (9,8%), тоді як у чоловіків старшого віку цей показник знижувався. У жінок віком від середнього до старечого, включно з довгожителами, частка геморагічного інсульту залишалась стабільною — 7,6–8,4%. Змішані інсульти або геморагічні трансформації найчастіше зустрічалися у пацієнтів після 65 років незалежно від статі.

Представлені дані свідчать про масштабну та тривожну тенденцію до зростання захворюваності на інсульт на всесвітньому рівні . Велика частка перших інсультів, особливо серед осіб похилого віку, вказує на необхідність своєчасної профілактики та раннього виявлення факторів ризику. Переважання ішемічного типу інсульту в усіх вікових і статевих групах свідчить про вагому роль хронічних серцево-судинних захворювань у його розвитку.

Найбільш поширеними факторами ризику залишаються артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, ожиріння, малорухливий спосіб життя, тютюнопаління та вживання алкоголю. Особливу увагу варто приділяти психоемоційному стану населення, зокрема в умовах стресу, спричиненого війною, економічною нестабільністю та соціальними труднощами.

Спостереження за структурою інсультів показало, що у чоловіків частіше реєструється геморагічний інсульт у похилому віці, тоді як у жінок цей показник залишається відносно стабільним із віком. Це вимагає диференційованого підходу до профілактики та лікування інсульту, з урахуванням вікових і статевих особливостей пацієнтів.

З огляду на наведену статистику, очевидною є потреба у масштабних державних програмах профілактики, підвищення якості надання медичної та реабілітаційної допомоги та вдосконалення системи ранньої діагностики й реабілітації пацієнтів, які перенесли інсульт. Лише таким чином можна ефективно знизити тягар цього захворювання для суспільства та покращити якість життя пацієнтів .

2.2 Міжнародні підходи до ранньої та пізньої реабілітації після ГПМК

Сучасні міжнародні підходи, які базуються на результатах актуальних наукових досліджень і клінічних рекомендаціях, охоплюють комплексний процес реабілітації, починаючи з найперших етапів після інсульту та продовжуючи пізні фази відновлення. Головним завданням є не лише фізичне відновлення функцій організму, але й забезпечення психосоціальної адаптації пацієнтів, їх інтеграції в соціум і запобігання повторним випадкам інсульту.

Період ранньої реабілітації. Ефективний підхід до раннього етапу реабілітації передбачає швидке залучення пацієнта до активностей одразу після стабілізації стану. Багаточисленні дослідження свідчать про позитивний вплив ранньої мобілізації, яка може розпочатися вже протягом перших 24–72 годин після інсульту. Легка активізація в цей період допомагає скоротити ризики розвитку ускладнень, таких як пневмонія, тромбоутворення чи контрактури. До програм ранньої реабілітації входять:

- Виконання комплексу терапевтичних вправ з індивідуально підібраним навантаженням;
- Профілактика ускладнень шляхом позиціонування тіла та регулярної зміни його положення, для запобігання пролежней та застійної пневмонії;
- Проведення первинних сеансів логопедичної та когнітивної терапії для підтримки мовних і пізнавальних функцій;
- Надання психоемоційної підтримки включно з консультаціями психолога або психотерапевта.

Цей етап є критично важливим для створення основи подальшого відновлення, тому потребує роботи мультидисциплінарної команди високої кваліфікації.

Реабілітація у післягострому періоді. По завершенні гострої фази лікування відновлення пацієнта переходить у довготривалий системний процес. Основними напрямками цього етапу є:

- Відновлення моторних функцій з використанням робототехнічних тренажерів і сучасного обладнання;
- Реабілітація когнітивних функцій та мовних здібностей шляхом регулярної терапії;
- Адаптація повсякденного середовища пацієнта через модифікацію житлових умов та використання допоміжних засобів;
- Професійна і соціальна адаптація пацієнтів , якщо їхній стан дозволяє повернутися до трудової діяльності;
- Психологічна підтримка як самого пацієнта, так і його родини для зниження стресу і сприяння емоційному благополуччю.

На цьому етапі важливо зробити пацієнта активним учасником реабілітаційного процесу. Програми навчання основам самодопомоги та самореабілітації мають значну роль у підвищенні автономності та мотивації до відновлення.

Міжнародні рекомендації . Більшість провідних медичних організацій — таких як Американська асоціація серця (АНА), Європейська організація з інсульту (ESO) та Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) — підтримують мультидисциплінарний, поетапний підхід до реабілітації. Основні принципи включають:

- Раннє залучення мультидисциплінарної команди;
- Індивідуалізація реабілітаційних програм;

- Залучення родини до процесу реабілітації ;
- Неперервність реабілітаційного процесу, незалежно від переходу між установами.

В країнах ЄС існує також широка мережа реабілітаційних центрів, програм дистанційної реабілітації, а також платформ телемедицини для надання допомоги пацієнтам у віддалених регіонах.

Реабілітація після інсульту потребує багатостороннього підходу, що включає раннє втручання та продовжений процес відновлення. Фізична терапія, ерготерапія та мовна терапія відіграють ключову роль і починаються вже в перші дні після інсульту.

Це сприяє швидшому відновленню функціональності пацієнта та мінімізує ризик виникнення ускладнень. Основним завданням ранніх заходів є стабілізація фізичного стану, запобігання повторним випадкам інсульту та стимулювання базових рухових функцій. Відразу після стабілізації фізичного стану пацієнта важливо активно залучати його до реабілітаційних втручань . Інтенсивне фізичне навантаження на ранніх етапах не лише підвищує шанси на відновлення нормальної функціональності, але й сприяє загальному покращенню фізичного та когнітивного стану.

Під час пізньої реабілітації основна увага приділяється довгостроковим цілям, орієнтованим на поліпшення якості життя пацієнтів. До таких заходів входять фізичні вправи для підтримки рухливості, когнітивна терапія для покращення роботи мозку, а також програми соціальної інтеграції. Кожен пацієнт має індивідуальні цілі та бажання : побутова незалежність , соціальна адаптація та фізична працездатність , кожен має свою мотивацію та цілі.

Пізній період реабілітації зосереджений на поверненні здатності до самостійного повсякденного життя, відновленні рухів, поліпшенні

когнітивних та мовних функцій. Окрім фізичних тренувань, особливу увагу слід приділяти психосоціальній підтримці, яка допомагає пацієнтам пристосуватися до нових життєвих реалій після інсульту.

Міжнародні стандарти реабілітації передбачають інтеграцію ранніх активних втручань із подовженими програмами відновлення. На початковому етапі ключовим є швидка стимуляція моторних функцій, що допомагає закласти основу для майбутнього відновлення. Пізніше терапевтичні практики спрямовуються на поліпшення функціональних можливостей та інтеграцію пацієнтів у соціальне життя. Комплексний підхід включає фізичне навантаження, як тільки стан пацієнта стабілізується, із використанням терапевтичних вправ для покращення рухових функцій.

Раннє втручання має вирішальне значення у попередженні довготривалих фізичних і когнітивних наслідків. Мультидисциплінарний підхід у роботі команди забезпечує всебічну підтримку, об'єднуючи різні види терапій і заходів. Пізня реабілітація допомагає пацієнтам максимально адаптуватися до нових обмежень та зменшує рівень їхньої інвалідизації.

Сучасні міжнародні практики акцентують увагу на значенні активного фізичного відновлення з перших днів після інсульту, яке зосереджується на стимуляції основних моторних функцій. У процесі пізньої реабілітації психологічна підтримка та соціальна реінтеграція набувають ключової важливості. Завдяки адаптаційним заходам і психосоціальній терапії пацієнти можуть легше пристосуватися до змінених умов і отримати максимальні результати від процесу відновлення.

Підбиваючи підсумки можна стверджувати що ефективна реабілітація після інсульту залежить від своєчасного початку,

персоналізованого підходу та тісної взаємодії медичних працівників. Поєднання фізичних, когнітивних, емоційних та соціальних методів відновлення забезпечує покращення якості життя пацієнтів і зменшує ризик повторних ускладнень. Впровадження міжнародних стандартів у національні практики дозволить значно підвищити ефективність надання допомоги постінсультним хворим в Україні.

2.3 Етапність та структура реабілітаційних програм

Реабілітаційна програма для пацієнтів після гострого порушення мозкового кровообігу повинна враховувати вікові зміни, супутні захворювання та особливості психологічного стану. Етапність та структура такої програми забезпечують системний підхід до відновлення пацієнтів, сприяючи їхній адаптації та поверненню до максимально можливого рівня самостійності.

Етапи реабілітаційної програми . Реабілітація пацієнтів похилого віку з ГПМК включає кілька основних етапів, кожен із яких має свої завдання та специфіку. На етапі діагностики проводиться комплексна оцінка стану пацієнта .

Основна увага приділяється визначенню ступеня функціональних порушень (рухові обмеження, когнітивні розлади, порушення мовлення) , наявності супутніх патологій інших органів та систем органів , які можуть бути залучені до патологічного процесу. Це здійснюється за допомогою функціональних тестів та оціночних шкал . Фізичний терапевт на цьому етапі застосовує різноманітні функціональні тести та шкали що найбільш якісно проунформують спеціаліста стосовно фізичного стану пацієнта та ступеню функціональних порушень. Найдоцільнішими прикладами навантажувальних тестів для пацієнтів , що перенесли гостре порушення мозкового кровообігу будуть :

- Тест з 6-хвилинною ходьбою є засобом для простого аналізу функціонального стану пацієнта , який дає змогу для оцінки переносимості фізичного навантаження. Тест заключається у вимірюванні пройденої дистанції пацієнтом . Швидкість ходьби визначається самим пацієнтом.

Дане дослідження не дозволяє зробити висновки щодо функціонального стану окремих систем організму, однак воно дає змогу

оцінити субмаксимальну здатність пацієнта до фізичного навантаження, що відповідає рівню повсякденної активності. Результати тесту добре співвідносяться з переносимістю фізичних навантажень (тобто з максимальною здатністю пацієнта до навантаження, наприклад, під час навантажувального тестування) та загальною фізичною активністю (визначеною за кількістю спожитих калорій протягом доби), однак дещо слабше корелюють із функціональними показниками легень та якістю життя.

Для проведення тесту рекомендовано використовувати криті приміщення, бажано — довгі, прямі коридори з рівною, твердою та безпечною для ходьби поверхнею. Довжина такого відрізка має бути не менше 30 м. Відмітки слід розташовувати кожні 3 метри (відповідно до рекомендацій ATS), а стартову лінію і місце розвороту — чітко позначити. Бігові доріжки використовувати не рекомендується.

Необхідне обладнання включає: секундомір, лічильник кількості розворотів, маркери точок розвороту, легкий стілець, планшет або блокнот, тонометр, пульсоксиметр та набір для надання екстреної допомоги.

Розминка перед тестом не передбачена. Пацієнт повинен відпочивати 10 хвилин у положенні сидячи біля старту. У цей час необхідно переконатися у відсутності протипоказань, за можливості провести пульсоксиметрію, вимірювання артеріального тиску, дізнатись інформацію щодо прийому лікарських засобів. Перед початком тесту пацієнт оцінює рівень задишки та втоми за шкалою Борга. Після обнулення всіх реєструвальних пристроїв він стає на стартову лінію.

Медпрацівник інструктує пацієнта щодо техніки ходьби, можливих пауз на відпочинок, а також демонструє, як правильно здійснювати розвороти. Навіть незначні зміни протоколу (наприклад, використання

заокругленого маршруту, бігової доріжки, відсутність або неправильна подача команд) можуть суттєво вплинути на результати.

Протягом тесту досліджувану особу щохвилини повідомляють про залишок часу. Надмірне заохочення до пришвидшення не допускається — використовуються лише стандартизовані фрази у визначені моменти.

- Ортостатична проба — це функціональне дослідження, яке базується на зміні тону симпатичного відділу вегетативної нервової системи та відповідному підвищенні частоти пульсу при зміні положення тіла з горизонтального у вертикальне.

Проба заключається у тому що пацієнт знаходиться у положенні лежачи не менше 3–5 хвилин. Після цього у нього підраховують пульс протягом 15 секунд, отримане значення множать на 4 — таким чином визначають початкову ЧСС за одну хвилину. Потім обстежуваний повільно (за 2–3 секунди) переходить у положення стоячи. Одразу після цього, а також через 3 хвилини стояння (коли ЧСС стабілізується), знову проводять вимірювання за тим самим принципом.

Нормальна відповідь організму на таку пробу — це підвищення пульсу на 11–17 ударів за хвилину одразу. Через 3 хвилини стояння частота серцевих скорочень дещо знижується, але залишається на 6–10 ударів вищою, ніж у положенні лежачи.

Посилена відповідь свідчить про підвищену чутливість симпатичного відділу вегетативної нервової системи, що часто характерно для осіб з низьким рівнем фізичної підготовки. Слабка реакція вказує на знижену активність симпатичної системи та посилений вплив парасимпатичної, що зазвичай характерно для тренуваних осіб.

Не останню роль в діагностичному етапі відіграє застосування оціночних шкал задля подробиного розуміння стану пацієнта.

Візуальна аналогова шкала (VAS) — це психометричний інструмент, який використовується у анкетуванні. Вона дозволяє вимірювати суб'єктивні характеристики або ставлення, які неможливо оцінити безпосередньо. Під час відповіді на запитання з VAS-рівнем, респондент зазначає свій ступінь згоди з твердженням, розміщуючи позначку на безперервній лінії між двома крайніми полюсами. Існують докази, що візуальні аналогові шкали мають кращі метричні характеристики, ніж дискретні шкали, а отже, до результатів VAS можна застосовувати ширший спектр статистичних методів. VAS можна порівняти з іншими лінійними шкалами, такими як шкала Лайкерта або шкала Борга. Чутливість та відтворюваність результатів зазвичай є подібними, хоча в окремих випадках VAS показує кращу ефективність. Ці переваги поширюються також на інструменти, що складаються з комбінацій VAS, наприклад, семантичні диференціали.

Також широке застосування має Шкала Борга, яка дає можливість визначити у пацієнта, яке, за його власним сприйняттям, він виконує фізичне навантаження. Оцінка власних зусиль відображає індивідуальне сприйняття тієї інтенсивності подразнення, яке передбачало фізичне навантаження. Ця оцінка може бути виражена у вигляді числових шкал. Фізична працездатність визначається переважно в подоланні фізичного навантаження. Вона також може бути відображена в індивідуальній оцінці перенесеного фізичного навантаження, наприклад, за числовою шкалою Борга, яка охоплює такі суб'єктивні відчуття, як біль, м'язова напруга або задишка. Шкала Борга — це суб'єктивний інструмент для оцінки ступеня фізичного навантаження або втоми. Вона широко використовується у спортивній медицині, реабілітації та кардіології. Існує дві основні версії шкали: оригінальна шкала Борга (6–20 балів) — числові значення корелюють із частотою серцевих скорочень (наприклад, оцінка 12 відповідає ЧСС приблизно 120 уд./хв) та

модифікована шкала Борга (0–10 балів) — простіша у використанні, де 0 означає «немає навантаження», а 10 — «максимальне, нестерпне навантаження».

Переваги застосування шкали Борга у пацієнтів після гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК) це наявність безпечного моніторингу навантаження: пацієнти після інсульту часто мають обмеження у фізичній активності та порушення вегетативної регуляції, натомість шкала Борга дозволяє без використання технічних засобів оцінювати, чи не є фізичне навантаження надмірним. Шкала допомагає адаптувати інтенсивність вправ до відчуттів пацієнта, забезпечуючи баланс між користю та безпекою. Не дивлячись на когнітивні функції пацієнт може легко запам'ятати шкалу, навіть маючи мовні порушення. Візуальні підказки або зображення можуть допомогти тим, хто має афазію. Під час проведення тестування медичний персонал оперативно отримує інформацію про стан пацієнта, що дозволяє коригувати інтенсивність тренування в реальному часі. Регулярне використання шкали допомагає пацієнту усвідомлювати власний прогрес, що позитивно впливає на мотивацію до відновлення.

Велику увагу потрібно приділити проведенню тестів на когнітивні здібності, емоційний стан (діагностика депресії, тривожності), а також оцінці соціальної ізоляції.

Найширшому застосуванню підлягає Монреальський когнітивний тест (MoCA, Montreal Cognitive Assessment) — це скринінговий інструмент, який використовується для виявлення легких когнітивних порушень. Він був розроблений у 2005 році доктором Зіядом Насреддіном у Монреалі (Канада), цей тест є одним із найпоширеніших у клінічній практиці. Тест охоплює ключові когнітивних сфери, що включають в себе короткотривалу пам'ять, завдання на запам'ятовування слів із подальшим відтворенням, виконавчі функції,

Рисунок 2.3 – Приклад бланку для проведення Монреальського
тесту

Система оцінювання має свій максимум — 30 балів , норма — 26 і вище, результати менше 26 балів може свідчити про наявність легких когнітивних порушень , однак при оцінюванні слід враховувати освітній рівень пацієнта.

Перевагами шкали є чутливість до ранніх форм деменції (зокрема, хвороби Альцгеймера) , швидкість виконання , що становить 10 хвилин , безкоштовність та наявність адаптованих перекладів (у тому числі українською) .

Тест МоСА особливо корисний при роботі з пацієнтами після гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК), оскільки дає можливість оцінити ступінь когнітивних порушень та побудувати ефективний план відновлення. Він допомагає виявити порушення уваги та пам'яті, зниження виконавчих функцій , уповільнення мислення та мовлення.

Для збору клінічних даних в процесі діагностики використовуються сучасні діагностичні методи, такі як нейровізуалізація (МРТ, КТ), доплерографія судин головного мозку, а також функціональні тести.

На основі отриманих даних складається індивідуальний реабілітаційний план. Під час створення індивідуального реабілітаційного плану враховуються такі аспекти як ступінь фізичної активності пацієнта та його здатність до відновлення , особливості вікових змін, таких як зниження реакції організму на фізичне навантаження. , потреби пацієнта в соціальній та емоційній підтримці. Ціль плану – забезпечити оптимальний баланс між фізичними вправами, психологічною підтримкою та медикаментозною терапією.

На виконавчому етапі застосовуються такі заходи як фізична терапія: лікувальна гімнастика, що спрямована на відновлення рухових функцій та профілактику повторних інсультів та терапевтичні вправи .

Основні завдання терапевтичних вправ після інсульту спрямовані на запобігання ускладнень, що виникають через тривалу іммобілізацію, таких як пролежні, застійна пневмонія, прогресування серцевої недостатності, тромбоемболічні ускладнення та атрофія м'язів. Також важливо покращити м'язовий тонус і силу у м'язах з низьким тонусом через парез або параліч, а також зменшити патологічний м'язовий тонус у разі спастичного парезу чи паралічу. Крім цього, такі вправи сприяють покращенню мікроциркуляції та обмінних процесів у тканинах організму, особливо під час тривалого постільного режиму. Їх метою є профілактика м'язових контрактур, відновлення рухової активності, мовних функцій, роботи внутрішніх органів та дрібної моторики, зокрема рухів кистями рук, необхідних для малювання чи гри на музичних інструментах.

Початковий етап терапевтичних вправ повинен розпочинатися поступово, у відповідності до стану пацієнта і вирішення актуальних проблем. Важливою частиною є підготовчий період, коли активні рухи ще неможливі або протипоказані.

На ранньому етапі лікувальна гімнастика включає кілька основних елементів: забезпечення правильного положення тіла в ліжку, виконання пасивних вправ для різних м'язових груп, дихальну гімнастику і навіть уявні вправи.

Лікування положенням відіграє надзвичайно важливу роль у перший період реабілітації. Пацієнт, який переніс інсульт, зазвичай змушений довгий час залишатися в ліжку. У важких випадках рухові функції можуть бути втрачено назавжди, однак здебільшого з часом деякі можливості руху частково повертаються. У цей період особливе значення має правильне положення тіла в ліжку – воно виконує як лікувальну, так і профілактичну функцію. Цей вид терапевтичних заходів переважно покладається на людей, які доглядають за хворим.

Саме якість такого догляду впливає не лише на здоров'я пацієнта, але інколи навіть на його життя.

Лікування положенням передбачає регулярну зміну пози та правильну укладку тіла пацієнта. Це є ключем до профілактики таких ускладнень, як пролежні, пневмонії й постінсультні контрактури. Після інсульту певна група м'язів може перебувати в стані гіпертонусу, займаючи нефізіологічну позу. Наприклад, рука часто згинається в ліктьовому й променево-зап'ястному суглобах, притискається до тулуба, пальці стискаються в кулак. Паралізована нога може повертатися назовні зі звисаючою стопою. Якщо не забезпечити тілу правильного положення на спині та на здоровому боці, м'язова контрактура стане неминучою, і її вже не вдасться виправити. Лише лікар-невролог може надати точні рекомендації щодо оптимальної пози для пацієнта та частоти її зміни, виходячи з конкретного виду неврологічного дефіциту.

Пасивні вправи виконуються сторонньою особою, а не самим пацієнтом. Розпочинати пасивну гімнастику варто якомога раніше, якщо це дозволяє стан хворого – іноді з перших днів після інсульту. Навантаження має наростати поступово. Спочатку рухи в суглобах виконуються з невеликою амплітудою, яка з часом доводиться до фізіологічної норми для відповідного суглоба. У кожному суглобі виконуються три основні типи рухів: згинання-розгинання, обертання, приведення-відведення. Кількість повторів кожного типу руху поступово збільшується з 5 до 15. Вправи слід виконувати за послідовністю від центру до периферії: спочатку плечовий, ліктьовий, променево-зап'ястний суглоби, потім дрібні суглоби кистей; для нижніх кінцівок – кульшовий, колінний, гомілковостопний суглоби та стопи.

Дихальна гімнастика є важливою складовою реабілітації. Вона допомагає запобігти застійним явищам у легенях і знизити ризик розвитку інфекцій, таких як пневмонія. Окрім цього, правильне дихання

забезпечує організм киснем, що сприяє прискоренню процесу відновлення. До ефективних дихальних вправ входять: надування повітряних кульок, видих через трубочку у склянку з водою, глибокий вдих із повільним видихом через зімкнуті губи.

Уявні вправи є важливим етапом як фізичної, так і психологічної реабілітації. Завдяки м'язовій пам'яті постійне проговорення рухових команд для мозку, наприклад «я рухаю великим пальцем руки», полегшуватиме здійснення реального руху в майбутньому. Окрім цього, такі вправи надають людині мотивацію до одужання й ставлять перед нею конкретну мету.

Лікувальна фізкультура для пацієнтів у постільному режимі включає активні вправи, коли хворий уже частково відновився завдяки іншим реабілітаційним методам і може виконувати рухи самостійно. Початкові положення для застосування лікувальної гімнастики включають: лежачи на спині, лежачи на боку (правому чи лівому), лежачи на животі, лежачи на животі з опорою на кисті рук, у позиції стоячи на колінах і передпліччях, лише на колінах чи з додатковою вертикальною опорою в цьому положенні; а також у положенні стоячи.

Комплекс вправ для верхніх кінцівок:

- Стискання кулака: виконуйте вправу 10-20 разів.
- Кругові рухи в променево-зап'ясткових суглобах із стиснутими кулаками: робіть по 15 обертів у кожному напрямку.
- Згинання та розгинання рук у ліктях: повторіть 20 разів.
- Вихідне положення (в.п.) – руки вниз: повільно піднімайте руки вгору і опускайте назад, задіюючи плечові суглоби; зробіть 20 повторень.

- В.п. – лежачи на спині, руки вздовж тулуба: розводьте руки в сторони і повертайте у початкове положення, 20 разів.

Комплекс вправ для нижніх кінцівок:

- Згинання та розгинання пальців ніг: виконуйте 20 разів.

- Підтягування стоп до себе і вниз ("натискання на педалі"): робіть по 15 повторів для кожної ноги.

- Згинання ніг у колінах з повільним поверненням у вихідне положення: виконуйте 15 разів.

- Повільно розводьте зігнуті ноги в кульшових суглобах: повторіть 10 разів.

Комплекс вправ для м'язів тулуба:

- Лежачи на спині, виконуйте повільні повороти тулуба в сторони, 10 разів.

- Упираючись лопатками, потилицею, ліктями та стопами в поверхню, піднімайте таз над ліжком: виконайте цю вправу 5 разів.

- Піднімайте верхню частину тулуба над ліжком із положення лежачи, 5 повторень.

Чим частіше та ретельніше виконуватимуться вправи в положенні лежачи, тим швидше пацієнт перейде до наступного етапу лікувальної гімнастики, що поступово наблизить його до повного відновлення і повернення до звичного життя.

Терапевтичні вправи в положенні сидячи:

Перехід до цього етапу зазвичай відбувається через 3 тижні після інсульту, проте в окремих випадках пацієнт може розпочати сидіти раніше.

Орієнтовний комплекс вправ у положенні сидячи:

- Нахили голови (вперед, вправо, вліво) та повороти (праворуч, ліворуч): робіть по 10 повторень у кожному напрямку.

- Сидіння на ліжку зі спущеними ногами без опори під спиною.

Початкова тривалість – від 3 до 10 хвилин, залежно від ступеня втоми.

- Сидячи в ліжку й тримаючись руками за поручні, прогинайте спину, затримуючись у цьому положенні кілька секунд; повертайтеся у вихідне положення.

- В.п. – сидячи на краю ліжка: піднімайте ноги по черзі так, щоб вони досягали висоти 30-40 см від поверхні; виконуйте вправу 10 разів для кожної ноги.

- Напівлежачи на спині (підкладіть подушку під спину): повільно згинайте праву ногу й підтягайте її до грудей, допомагаючи рукою; поверніться у вихідне положення; повторіть усе з лівою ногою (загалом по 5 разів на кожную ногу).

- Виконуйте вправи хапального типу для покращення моторики пальців рук.

Зазначений комплекс є лише базовим орієнтиром. У кожному випадку необхідний індивідуальний підхід із додаванням специфічних вправ для очей, мовних функцій або дрібної моторики рук залежно від потреб пацієнта.

Терапевтичні вправи після інсульту є ключовим методом реабілітації пацієнтів, проте вони не єдині. Найкращих результатів можна досягти, поєднуючи ці вправи з масажем, мануальною терапією, трудотерапією, а також із заходами психологічної та соціальної адаптації.

Медикаментозна терапія також має важливе значення , призначення ліків для покращення мозкового кровообігу, нейропротекції та профілактики тромбозів. Також застосовується знеболювальна та протизапальна терапія для полегшення реабілітаційного процесу у разі потреби.

Робота з психологом над подоланням депресії та тривожності, розвиток мотивації до реабілітації та соціальна підтримка , допомога у встановленні соціальних зв'язків, підтримка від родини та організація групових занять – надають пацієнтам мотивацію та можливість проходити курс реабілітації в повному обсязі.

Ерготерапія є не менш важливою , навчання пацієнта навичкам самообслуговування та адаптації до побутового середовища.

Контрольно-коригувальний етап на якому здійснюється постійний моніторинг прогресу пацієнта. Використовуються системи оцінки функціональних показників, а також періодичні обстеження спеціалістами. У разі необхідності індивідуальна реабілітаційна програма коригується для досягнення максимально ефективних результатів.

Підсумковий етап включає оцінку досягнутих результатів за період реабілітації. Надаються рекомендації щодо підтримки здоров'я, включаючи фізичну активність, харчування та профілактичні заходи створюються умови для подальшої соціальної інтеграції пацієнта.

Структура реабілітаційної програми для пацієнтів похилого віку з ГПМК базується на комплексному підході, який включає медичний компонент: Забезпечення постійного лікарського нагляду, корекція лікування відповідно до вікових змін та супутніх захворювань , фізичний компонент: проведення регулярних занять лікувальною фізкультурою з урахуванням обмежених фізичних можливостей ,

когнітивний компонент: використання тренінгів для покращення пам'яті та уваги, профілактика когнітивного виснаження , емоційний компонент: робота над стабілізацією психологічного стану пацієнта, подоланням депресії та ізоляції , соціальний компонент: допомога у реінтеграції в суспільство, консультації для родичів щодо підтримки пацієнта в повсякденному житті , освітній компонент: навчання пацієнта та його сім'ї принципам здорового способу життя, методам профілактики повторних інсультів.

Реабілітація людей похилого віку з ГПМК є складним і багатограним процесом, який потребує етапності та чіткої структури. Врахування вікових особливостей, а також індивідуальних потреб кожного пацієнта, сприяє досягненню оптимальних результатів. Комплексний підхід допомагає пацієнтам не тільки відновити функціональні можливості, але й повернутися до активного суспільного життя, підвищуючи їх якість життя.

2.4 Значення логопедії та працетерапії для реабілітаційного процесу пацієнтів після ГПМК

Порушення мовленнєвих функцій після інсульту, буває повним або частковим та є доволі поширеним явищем. Оскільки мова — це найголовніший засіб комунікації між людьми, відповідно до цього висновку - її відновлення набуває великого значення в ході реабілітації.

Своєчасне залучення логопедичних занять в реабілітаційний процес значно збільшує ймовірність, що пацієнт знову зможе активно брати участь у суспільному житті, та мати поліпшення психологічного стану загалом. Відновленням мови займається спеціаліст в галузі логопедії – логопед або терапевт мови та мовлення, який має бути наявний в мультидисциплінарній команді реабілітаційного відділення.

Основні види мовних порушень після інсульту

- Афазія — мовленнєвий розлад, що проявляється у втраті здатності висловлювати думки та бажання.

У багатьох випадках вона супроводжується труднощами у сприйнятті мовлення інших людей, а також проблемами із письмом і читанням. Афазія може мати різні форми (моторна, сенсорна, амнестична, тотальна тощо), кожна з яких характеризується власними клінічними симптомами і передбачає різні прогнози щодо відновлення.

- Дизартрія - це розлад, що впливає на дикцію через порушення роботи мовного апарату, пов'язане з його недостатньою чи неправильною іннервацією нервовими закінченнями. Пацієнти стикаються з труднощами у вимові слів і звуків.

Дизартрія може бути представлена кількома формами: спастична, атаксична, гіперкінетична та гіпокінетична.

- Оральна апраксія – це мовленнєвий дефіцит обумовлений проблемами з моторною координацією м'язів обличчя. Людина не може виконувати потрібні цілеспрямовані рухи губ чи язика, що необхідні для формування звуків.

Основним завданням логопеда або терапевта мови та мовлення є допомога в відновленні мовної функції пацієнта. Лікування рекомендовано почати якомога раніше, зазвичай відразу після стабілізації стану, адже швидке втручання дозволяє досягти кращих результатів у реабілітації, та більшого прогресу.

Логопед проводить первинну оцінку мовних порушень і на основі цього створює персоналізовану програму занять, враховуючи фізичний стан і психологічні особливості пацієнта. Початкові сеанси тривають лише 10–15 хвилин і передбачають використання емоційно значущих матеріалів — фотографій, сувенірів або відеофільмів — для активізації мовної діяльності.

Час після гострого порушення мозкового кровообігу відіграє ключову роль у відновленні мовлення. Чим раніше пацієнт розпочне реабілітацію, тим більше функцій може бути повернуто. Відтермінування лікування призводить до закріплення порушень на рівні рефлексів, ускладнюючи подальшу терапію і знижуючи ефективність традиційних методик.

Самостійна практика може значно прискорити процес реабілітації за умови дотримання рекомендацій медичного фахівця.

До прикладів вправ, які підходять для виконання вдома, належать:

- Вправа "Кінь": звук цокання язиком, схожий на удар копит.
- Вправа "Жало змії": висування язика впродовж кількох секунд з одночасним шипінням.

- Вправа "Огорожа": демонстрація передніх зубів для тренування моторики губ.
- Вправа "Посмішка": регулярне усміхання для контролю міміки.
- Вправа "Трубочка": скручування язика в трубочку, іноді з легким подувом.
- Вправа "Поцілунок": генерація звуків, схожих на цмокання голосно й чітко.
- Вправа з підняттям язика до піднебіння. Ця вправа не вимагає значних зусиль і може виконуватися щодня.

Для досягнення максимального ефекту важливо дотримуватися графіка, складеного логопедом або терапевтом мови та мовлення . Виконання таких вправ без попередньої консультації зі спеціалістом може не дати результатів.

Працетерапія це метод лікування, що базується на виконанні трудової діяльності, вона спрямована на відновлення порушених функцій та працездатності пацієнта, і таким чином досягає основної мети реабілітації. Цей підхід об'єднує в собі аспекти медичної та соціальної реабілітації, включаючи терапевтичні вправи , масаж і механотерапію.

Основні завдання працетерапії полягають у поверненні пацієнту самостійності та побутової незалежності у повсякденному житті; відновити його працездатність чи то з повним робочим днем, чи з неповним — залежно від стану здоров'я.

У разі більш виражених обмежень працетерапія може передбачати підготовку до роботи в спеціалізованих закладах для осіб з інвалідністю або до неоплачуваної діяльності.

Головний інструмент працетерапії — це трудові рухи та процеси, що мають адаптивне значення, а не загальні вправи чи гімнастика. Їх

підбирають з урахуванням професії пацієнта та щоденних побутових завдань , а також з урахуванням бажань та мотивації пацієнта стосовно відновлення або здобуття тих чи інших навичок .

Трудові дії повинні бути звичними, природними для хворого і водночас активувати ушкоджені м'язи чи ті, які ослабли після тривалого періоду малорухливості.

В результаті працетерапії пацієнт отримує конкретний продукт праці або виконує певне робоче завдання — це ключова відмінність між нею та лікувальною фізкультурою.

Працетерапія стимулює фізіологічні процеси, сприяє відновленню рухливості суглобів і сили м'язових тканин , вдосконалює рухи . Якщо є залишкові функції метод допомагає максимально адаптувати і тренувати пацієнта для ефективного використання тих можливостей, які залишилися. Якщо ж певні рухові функції безповоротно випадають, працетерапія сприяє розвитку компенсаторних механізмів.

Окрім фізичного аспекту, працетерапія також відіграє важливу роль як психотерапевтичний інструмент. Вона активізує волю пацієнта, концентрує його увагу на виконанні завдань та результатах роботи, відволікає від негативних думок чи неприємних відчуттів і вселяє оптимізм та надію на поліпшення стану здоров'я.

Праця активізує психічну діяльність, роблячи її осмисленою , цілеспрямованою та результативною активністю , що є корисною і особі , і суспільству. Сукупність розумової та фізичної роботи в процесі праці, разом із її соціальною значимістю , повертає людині впевненість у власних силах та сприяє інтеграції до суспільного життя. Та в цілому соціальній адаптації .

Працетерапія ефективна для реабілітації пацієнтів після гострого порушення мозкового кровообігу. До протипоказань відносяться гостра стадія, схильність до кровотеч та наявність злоякісних новоутворень.

Існує три основні напрями працетерапії: загальнозміцнювальна (тонізуюча), відновлювальна та професійна:

- Загальнозміцнювальна терапія націлена на те, щоб відволікти увагу пацієнта від негативних переживань, сформувати позитивні емоції і допомогти раціонально організувати час. Вона підвищує нервово-психічний тонус і загальний життєвий рівень пацієнта, закладаючи основу для подальшого відновлення працездатності.
- Відновлювальна працетерапія спрямована на запобігання руховим порушенням або відновлення тимчасово утраченої функції опорно-рухового апарату. Цей метод допомагає пацієнту адаптуватися до фізичних навантажень у побутовій або виробничій сфері. Використовуються трудові рухи та завдання, які залучають м'язи й суглоби, пошкоджені внаслідок патологічного процесу.
- Професійна працетерапія переслідує мету відновлення специфічних виробничих навичок і колишньої працездатності, що була порушена через хворобу або травму. Вона проводиться на завершальному етапі реабілітації для оцінки професійних можливостей пацієнта та його здатності виконувати попередню роботу повністю або частково. У випадках стійкого зниження професійної працездатності пацієнт отримує підготовку до опанування нового виду діяльності.

Для реалізації працетерапії використовуються трудові процеси самообслуговування, побутові завдання та повсякденна діяльність із використанням спеціальних пристроїв і протезів. Серед занять: плетіння,

в'язання, виготовлення картонних виробів, швейна і столярна робота, різьблення по дереву, заняття з глиною, садівництво, сільськогосподарські роботи та трудова діяльність у виробничих майстернях.

Дозування фізичних навантажень і вибір оптимального трудового режиму визначаються після ретельного індивідуального аналізу стану пацієнта та проведення функціональних тестів що здійснюється фахівцями в галузі фізичної терапії та ерготерапії.

РОЗДІЛ 3. ЗАСТОСУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВПРАВ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ ПІСЛЯ ГПМК

3.1. Підбір терапевтичних вправ відповідно до етапу відновлення

Реабілітація пацієнтів після інсульту повинна виходити за межі суто функціонального відновлення. Вона має включати адаптацію до нового режиму життя, забезпечення психологічного благополуччя, підвищення обізнаності про інсульт, ускладнення та доцільний догляд. Патології інших органів та систем, такі як деменція або інші розлади нервової системи, створюють труднощі у реабілітації, але не повинні слугувати причиною для її припинення.

Важливим є надання зрозумілої та доступної інформації як самим пацієнтам, так і їхнім опікунам щодо наявних реабілітаційних послуг. Це сприятиме швидшій соціальній інтеграції та поверненню до звичного ритму життя. Вирішення питання виписки з реабілітаційного закладу має здійснюватися спільно лікарем і пацієнтом після досягнення поставлених завдань. При цьому пацієнту слід мати можливість продовжувати отримувати підтримку та консультації на будь-якому етапі відновлення.

Планування реабілітаційних заходів повинно враховувати індивідуальні цілі пацієнта, характер наслідків інсульту, медичний прогноз і рівень його функціональних можливостей. Мультидисциплінарна команда відіграє ключову роль у розробці та

реалізації ефективного плану реабілітації. Завдання команди полягає у розгляді всіх доступних варіантів і виборі найкращих рішень для прискорення відновлення.

Пацієнтів із важкими ускладненнями, наприклад інсультом спинного мозку, потрібно направляти до спеціалістів із травм хребта. Команда повинна щотижня оцінювати прогрес пацієнта, узгоджувати подальший план лікування і реабілітації. Особлива увага має приділятися тим, хто навіть через 6 місяців після інсульту потребує подальшої допомоги. Регулярний комплексний щорічний огляд із врахуванням фізичних, психологічних та соціальних аспектів є важливою частиною післяреабілітаційного нагляду.

Процес відновлення моторних функцій вимагає системного підходу та тривалої роботи над повторюваними функціональними завданнями. Хоча чітких рекомендацій щодо інтенсивності реабілітаційних заходів немає, дослідження свідчать, що найкращі результати забезпечують складні й варіативні вправи за індивідуально розробленим графіком.

Під час реабілітації фахівцям важливо враховувати рівень активності пацієнта, характер порушень і його персональні цілі. Реабілітаційні вправи можуть включати індивідуальні заняття під наглядом спеціалістів, групові сесії чи самостійні тренування у напівконтрольованому режимі.

У перші два тижні після інсульту рекомендується проводити короткі й часті втручання щодня. Активність, яку пацієнт освоює на заняттях, має дедалі інтегруватися в його щоденну рутину за підтримки родини чи опікунів. Ефективна реабілітація передбачає щоденні заняття тривалістю близько трьох годин п'ять днів на тиждень.

Програма повинна бути адаптована до стану здоров'я і можливостей пацієнта: враховувати супутні захворювання, переносимість фізичних навантажень і рівень стомлюваності. Якщо пацієнт не може виконувати запропоновані обсяги завдань, необхідно оцінити причини цього стану й адаптувати методи терапії. Для осіб, що проходять реабілітаційне лікування після ГПМК, рекомендується впроваджувати активну діяльність приблизно шість годин у день, включно із терапевтичними заняттями. Це може охоплювати прогулянки, вправи в тренажерному залі чи індивідуальні заняття.

До того ж , важливо забезпечити пацієнтам нагоду пройти психологічну оцінку та проговорити зі спеціалістом аспекти, які їх хвилюють. Інтенсивна реабілітація має включати комплексне інформування пацієнтів і їхніх сімей або опікунів для кращого розуміння потреб постраждалих і прискорення їхнього відновлення.

Надання допомоги у спільному визначенні цілей реабілітації є ключовим аспектом. Ці цілі мають бути адаптовані до індивідуальних можливостей пацієнта, мотивація та участь якого можуть змінюватися з часом. Важливо дотримуватися балансу між ефективністю заходів, їх практичністю та підтримкою прагнень хворого під час одужання.

Сучасні підходи все частіше наголошують на ролі самоконтролю і самоефективності, які є орієнтованими на пацієнта методами визначення цілей реабілітації. Пацієнти після інсульту , повинні формувати свої цілі за умови, що когнітивні або мовленнєві розлади не заважають їм висловлювати свої почуття, побажання та очікування. Для хворих доцільно формулювати цілі, які: - є значущими й актуальними для них; - мають помірний ступінь складності, але залишаються досягнутими; - охоплюють як короткострокову (декілька днів або тижнів), так і довгострокову перспективу (тижні чи місяці); - є конкретними, задокументованими та обмеженими у часі.

Регулярна оцінка досягнутих результатів сприяє аналізу ефективності терапії. Фактори самоконтролю і самоефективності демонструють значний вплив на успішність.

Особиста ефективність визначається як впевненість у індивідуальних можливостях і має позитивний зв'язок із покращенням рухової активності, повсякденного функціонування і загального рівня життя, одночасно знижуючи рівень депресії. Вона має тісний зв'язок із настроєм та самооцінкою, що впливає на формування міцного зв'язку з психологічним благополуччям. Зростання самоефективності може допомогти у покращенні навичок самоконтролю, розв'язанні проблем та постановці цілей. Є докази того, що такі прогреси сприяють підвищенню функціональної самостійності та покращенню контролю над власним життям.

Самоконтроль є ключовою складовою психологічного здоров'я і визначає здатність пацієнта управляти своїми діями й емоціями для досягнення бажаних результатів. Сучасні терапевтичні програми дедалі більше спрямовані на розвиток знань і навичок самоконтролю через освітні ініціативи або зміни у поведінкових моделях. Оцінювання здатності до самоконтролю та підтримання самоефективності є важливим підходом до допомоги пацієнтам у нормалізації їхнього життя після інсульту.

У випадках низької мотивації або недостатньої участі в реабілітаційному процесі варто проводити аналіз низької самооцінки чи самоефективності та застосовувати відповідні втручання.

Ослаблення м'язів кінцівок та обличчя є одним з найбільш поширених ускладнень після інсульту, що нерідко закінчується розвитком геміплегії. Таке порушення негативно впливає на моторну

функцію кінцівок, рівновагу, здатність ходити та виконувати звичну повсякденну діяльність.

Для реабілітації пацієнтів після інсульту важливо застосовувати індивідуальні втручання, спрямовані на зміцнення м'язів, покращення рухової активності та уникнення підвищення спастичності. Також варто зазначити, що у багатьох пацієнтів ще до виникнення інсульту спостерігається знижена кардіореспіраторна витривалість. Цей стан погіршується через підвищений рівень енергетичних витрат під час рухів і зменшення загальної фізичної активності. Такий стан ускладнює процес реабілітації, знижує рівень повсякденної активності і підвищує ризик повторних інсультів.

Одним із ключових підходів для боротьби із м'язовою слабкістю та низькою кардіореспіраторною витривалістю є регулярне виконання структурованих фізичних вправ. До рекомендованих видів тренувань належать кардіореспіраторні вправи, силові тренування для зміцнення м'язів та змішані програми, що поєднують обидва типи активностей.

Пацієнти повинні проходити систематичні дослідження м'язової сили та стану серцево-судинної системи. Ті, хто мають значні обмеження рухливості, мають бути оглянуті фахівцями вже протягом перших 24 годин після госпіталізації. Клініцисти мають застосовувати стандартизовані методи оцінки, наприклад бігові доріжки, тест 6-хвилинної ходи, електрокардіографію або моніторинг артеріального тиску, для адаптації програм вправ до індивідуальних потреб пацієнтів.

Кардіореспіраторні тренування або їх комбінації з силовими вправами рекомендують після стабілізації стану пацієнта, не залежно від його віку чи ступеня порушень. Заняття мають тривати 30–40 хвилин, 3–5 разів на тиждень упродовж щонайменше 10–20 тижнів, а вибір програми здійснюється на основі особистих потреб і вподобань

пацієнта. Для хворих зі зниженим функціонуванням дихальних м'язів слід розглянути використання спеціальних дихальних тренажерів, що створюють опір під час вдиху, або тренажерів з повітряним опором.

Крім того, для пацієнтів, які не здатні самостійно виконувати силові вправи, може бути використана електрична стимуляція нервово-м'язової системи як додатковий засіб. До 70% пацієнтів після інсульту стикаються зі значною втратою функцій верхніх кінцівок, а у 40% такі порушення можуть залишатися тривалий час.

Відновлення залежить від початкового стану руки та кортикоспінального тракту. Прогностичні інструменти допомагають визначити пацієнтів, які отримають найбільшу користь від інтенсивної реабілітації або компенсаторного підходу для запобігання вторинним ускладненням (наприклад, підвивих плеча, біль чи спастичність). Реабілітація функцій верхньої кінцівки може тривати місяці або навіть роки і потребує врахування інших супутніх проблем, таких як чутливість, сенсорне сприйняття, рівновага чи зорові порушення.

Основні методи відновлення функції верхньої кінцівки включають:

- Виконання повторюваних завдань. Ефективне відновлення верхньої кінцівки досягається завдяки регулярним тренуванням, які зосереджуються на виконанні функціональних і цілеспрямованих вправ. Для забезпечення безпечної, інтенсивної та значущої практики можуть використовуватися допоміжні засоби й обладнання

- Електростимуляція. Цей метод широко використовується для відновлення моторики верхніх кінцівок. Зазвичай застосовують нервово-м'язову електростимуляцію розгиначів зап'ястя та пальців, що сприяє активації м'язів, зменшенню їхньої слабкості та корекції рухових розладів.

- Стимуляція блукаючого нерва. Ця методика допомагає посилити ефект від тренувань із повторюваними завданнями. Хоч механізм дії повністю не вивчений, відомо, що результат пов'язаний зі стимулюванням нейропластичності .

- Обмежено-індукована рухова терапія. Вона ґрунтується на інтенсивній поетапній роботі з паретичною рукою під час виконання щоденних функціональних завдань. Методика адаптується до індивідуальних особливостей пацієнта і є ключовою складовою багатьох модифікованих програм терапії

- Ментальна практика. Цей підхід передбачає уявлення рухів без їхнього фактичного виконання. Дослідження нейровізуалізації підтверджують, що під час такої уявної діяльності активуються ті самі мозкові зони, що й при реальному виконанні рухів, сприяючи нейропластичності

- Дзеркальна терапія. Методика базується на виконанні рухів здоровою рукою з одночасним спостереженням за її відображенням у дзеркалі, яке створює ілюзію рухів паретичної кінцівки. Такий підхід сприяє активації моторної кори чи дзеркальних нейронів, що стимулює покращення моторних функцій

- Роботизована рухова терапія. Ця технологія охоплює використання спеціалізованих пристроїв для виконання пасивних, активних або резистивних рухів, що дозволяє забезпечити тривалу терапію з високою частотою повторень та адаптацією до індивідуальних потреб.

Людам із частково збереженою рухливістю рук після інсульту рекомендується зосередитися на виконанні повторюваних вправ, оскільки це є ключовим підходом у процесі реабілітації. У пацієнтів із здатністю до активного розгинання в зап'ясті (не менше ніж на 20°) та

пальцях (на 10°) доцільним є застосування обмежено-індукованої рухової терапії.

Пацієнтам із м'язовою слабкістю зап'ястя і пальців, яка ускладнює нормальну роботу кінцівки, функціональну електростимуляцію рекомендується застосовувати як додатковий метод до традиційної фізичної терапії. Для пацієнтів без можливості активних рухів необхідно застосовувати спостереження й роботу над повторюваними завданнями у разі виникнення будь-яких змін у стані .

У реабілітаційному процесі терапевтичні вправи відіграють визначальну роль, забезпечуючи пацієнту гідне, ефективне та безпечне відновлення.

Призначення фізичного навантаження має бути продуманим і не здійснюватися спонтанно. Лікувальна фізкультура є ключовим елементом терапевтичної фізичної реабілітації, яка заснована на використанні спеціальних гімнастичних вправ. Ці вправи спрямовані на відновлення функцій рухового апарату та формування необхідних навичок.

Умовно їх можна поділити на декілька основних груп:

- Вправи для підвищення м'язової сили.
- Вправи з дозованими м'язовими навантаженнями, включаючи мінімальні.
- Вправи для локального напруження та розслаблення певних м'язів або груп м'язів.
- Вправи для всебічного впливу на нервово-м'язову систему, які покращують швидкість рухів, їх плавність, а також свідоме керування послідовним чи дискретним прискоренням і уповільненням як окремих рухів, так і динаміки всього рухового процесу.

- Протиатактичні вправи, котрі сприяють відновленню та поліпшенню координації рухів.

- Антиспастичні та противорегідні вправи для зменшення патологічної жорсткості м'язів.

- Протиспівдружні вправи, які допомагають боротися з надмірними патологічними синергіями та синкінезіями.

- Рефлекторні та ідеомоторні вправи: - Рефлекторні вправи використовують непряме напруження паретичних м'язів через стимуляцію інших м'язових груп, наприклад через шийно-тонічні рефлекси. Наприклад, у положенні лежачи на животі поворот голови вправо і розгинання ший спричиняє рефлекторне скорочення м'язів задньої сторони лівого стегна та сідниці. Підйом голови вперед із поворотом вліво в положенні на спині активізує згиначі стопи правої ноги тощо. - Ідеомоторні вправи передбачають уявне створення імпульсу до відповідної групи м'язів для формування уявного руху в суглобах.

- Вправи для відновлення чи навчання прикладних рухових навичок, таких як стояння, ходьба, виконання побутових маніпуляцій із предметами (одяг, посуд, техніка тощо).

- Пасивні вправи, серед яких мануальна терапія.

- "Збиваючі" вправи спрямовані на порушення рутинного руху з метою формування стійкої моторики. Це можуть бути різкі зміни руху або додаткове навантаження (натискання, поштовхи, використання вантажів чи еластичних стрічок), виконувані терапевтом у несподіваний момент.

- Вправи для відновлення та посилення аферентації, особливо її глибокої складової (суглобово-м'язової чутливості). Кожна з цих груп

має свої специфічні завдання й методичний підхід, що дозволяє максимально ефективно адаптувати лікувальну програму до потреб пацієнта і його фізичного стану.

Дуже важливо розробити індивідуальну програму занять, у створенні якої необхідна допомога фахівців: фізичних терапевтів . Лікар не лише підбере відповідні вправи залежно від стану пацієнта, а й пояснить нюанси їх виконання.

Крім того, програма повинна постійно коригуватися, враховуючи прогрес, фізичний стан пацієнта, його вік, досягнуті цілі й функціональні можливості кінцівок. Фізичне навантаження під час реабілітації має бути помірним, оскільки надмірно складні або тривалі вправи можуть завдати шкоди, подібної до тієї, що виникає при повній відсутності активності.

Перед початком занять рекомендується підготувати м'язи, які будуть задіяні. Це можна зробити за допомогою масажу впродовж 10–15 хвилин або теплої ванни (якщо немає протипоказань). Людям із серйозними неврологічними порушеннями часто потрібна стороння допомога — від близьких або спеціалізованого персоналу, особливо якщо пацієнт перебуває в стаціонарі чи реабілітаційному центрі.

У таких випадках пацієнти швидко втомлюються і не в змозі виконувати завдання самостійно. Значною мірою на ефективність занять впливає психологічний стан. На початку хворий може відмовлятися від реабілітації через депресію, яка нерідко супроводжує інсульт.

Якщо фізичні можливості обмежені, лікувальна фізкультура включає прості вправи. Вони не повинні бути тривалими: краще виконувати короткі заняття 2–4 рази на день протягом кількох хвилин, ніж перевантажувати пацієнта одразу. Усі вправи мають бути спрямовані на досягнення конкретних цілей: навчання перевертатися в

ліжку, змінювати положення (сидячи/лежачи), вставати, ходити, самостійно пересуватися з ліжка до туалету чи інше забезпечення базового самообслуговування.

Вправи для лежачих хворих не передбачають великого фізичного навантаження, оскільки стан пацієнта цього не дозволяє. У такій ситуації максимум зусиль спрямовується на зменшення м'язового тону, підвищення амплітуди рухів і витривалості.

Комплекс для таких хворих може включати:

- згинання та розгинання пальців, кистей, ліктьових і колінних суглобів, гомілковостопних і тазостегнових суглобів;
- обертальні рухи кінцівками із імітацією фізичних можливостей, які були доступними до інсульту;
- для адаптації зору та його відновлення виконуються рухи очними яблуками: вправо-вліво та по колу (вправа виконується і з заплющеними очима).

Вправи для відновлення руки виконуються у разі стійкого паралічу рекомендується розтягування спазмованої руки за допомогою спеціальних пристроїв або підручних засобів. Поступове розгинання руки закріплюється бинтом на рівній поверхні (наприклад, дошці) на 30 хвилин або більше, якщо процедура не викликає болю.

- Після часткового відновлення рухливості вправи ускладнюються. Над ліжком можна прикріпити шарф або рушник: пацієнт тримається за нього і виконує згинання-розгинання, піднімання-опускання руки.

Вправи сидячи зазвичай застосовуються для розтягування шийного відділу хребта рекомендується зосередити погляд на одній точці та, не відводячи очей, виконувати повільні обертальні, кругові і кивальні рухи головою.

Щоб допомогти відновити функцію ходьби й зміцнити м'язи хребта, варто сісти на край ліжка, взятися руками за його краї та на вдиху максимально прогнутися у спині. На видиху необхідно повернутися у вихідне положення. Рекомендується виконувати цю вправу в 10 повтореннях. Сидячи на ліжку, тримайте ноги на рівні тіла без опускання їх донизу, а потім по чергово підіймайте спочатку праву, а потім ліву ногу. У положенні сидячи, на вдиху схрестіть руки перед грудьми та зведіть лопатки, одночасно закидаючи голову назад. На видиху поверніться у вихідне положення.

Вправи стоячи рекомендовано виконувати після того, як рухові та фізичні можливості людини значно покращилися. Їхня головна мета — відновлення тонких рухів і мінімізація неврологічних проблем.

До стандартного комплексу входять:

- Тренування цілеспрямованих рухів через піднімання невеликого предмета з поверхні.

- Для розтягування м'язів і зміцнення хребта: на вдиху перейти зі звичайної пози стоячи у стійку на пальцях, підняти руки над головою та максимально витягнутися. На видиху повернутися у початкове положення.

- Стискання еспандера рукою в поєднанні з відведенням руки у бік. - Присідання з рівною спиною.

- Нахили тулуба вправо і вліво при ногах на ширині плечей та руках, розташованих на поясі. Лікувальна фізкультура може виконуватися із використанням додаткового обладнання, такого як гантелі чи тренажери. Програма може включати силові вправи, кардіонавантаження і вправи у воді або басейні для підвищення ефективності реабілітації.

Терапевтичні вправи після інсульту є надзвичайно важливим елементом процесу відновлення пацієнта. Їхнє значення важко переоцінити, оскільки саме завдяки регулярній, правильно підібраній та індивідуально адаптованій руховій активності можливе покращення фізичних функцій, зменшення наслідків ураження нервової системи та повернення пацієнта до максимально можливого рівня самостійності.

Інсульт часто призводить до порушення рухливості кінцівок, координації, балансу, а також може впливати на мовлення, ковтання, когнітивні функції. Усі ці аспекти вимагають системного підходу до реабілітації, в центрі якого знаходяться терапевтичні вправи — фізичні, логопедичні, когнітивні, дихальні. Завдяки цьому пацієнт має шанс не просто вижити після інсульту, а й знову навчитися ходити, говорити, виконувати повсякденні дії.

Рухова активність активізує нейропластичність мозку — здатність нервової тканини відновлювати зв'язки між нейронами або створювати нові для компенсації втрачених функцій. Тобто вправи після інсульту — це не лише тренування м'язів, це стимуляція мозкової діяльності, підтримка та розвиток нових нейронних шляхів. Саме тому чим раніше розпочинається реабілітація (у межах безпечного для пацієнта стану), тим кращі прогнози для повного або часткового відновлення.

Крім фізичного аспекту, терапевтичні вправи відіграють важливу роль у психологічному та емоційному відновленні пацієнта. Щоденні заняття, навіть найпростіші, повертають людині відчуття контролю над власним тілом, дають мотивацію та віру в поступовий прогрес. Це особливо важливо, оскільки після інсульту пацієнт часто стикається з апатією, депресією, зниженням самооцінки. Вправи — це шлях не лише до фізичного, а й до емоційного одужання.

Водночас важливо наголосити, що ефективність терапевтичних вправ залежить від декількох ключових факторів: регулярності, поступового ускладнення навантаження, індивідуального підбору відповідно до стану пацієнта, залучення кваліфікованих фахівців (фізичного терапевта, ерготерапевта, логопеда, психолога). Без системності та контролю навіть найкращі вправи можуть виявитися неефективними або навіть шкідливими.

Отже, терапевтичні вправи — це не другорядна складова відновлення після інсульту, а його основа. Саме завдяки ним пацієнт має шанс повернутися до активного життя, зберегти незалежність, уникнути ускладнень, пов'язаних із тривалим знерухомленням (як-от атрофія м'язів, пролежні, вторинні інсульти).

Реабілітація через вправи повинна бути пріоритетом у постінсультному догляді, а держава, медична система та родина мають підтримувати цей процес на всіх етапах. Усе це робить терапевтичні вправи потужним інструментом на шляху до відновлення і гідного життя після пережитого удару.

3.2 Вплив лікувальної фізкультури на покращення функціонального стану

Інсульт — одна з найнебезпечніших та найпоширеніших неврологічних катастроф, яка здатна миттєво змінити життя людини. Наслідки інсульту можуть бути надзвичайно тяжкими — від легких когнітивних порушень до повної втрати рухових функцій, мовлення, пам'яті, здатності до самообслуговування. У зв'язку з цим, реабілітація після інсульту стає не лише додатковим компонентом лікування, а справжньою основою повернення людини до життя, її автономії та гідності.

Ранній початок реабілітаційних заходів, за умови стабілізації загального стану пацієнта, є вирішальним фактором у процесі відновлення. Саме перші дні й тижні після інсульту мають вирішальне значення для активізації нейропластичних процесів — тобто здатності мозку перебудовувати свої зв'язки, формувати нові нейронні маршрути, що частково або повністю компенсують втрачені функції.

Доведено, що рання активізація, включно з легкими фізичними вправами, може суттєво зменшити ризики ускладнень, таких як застійна пневмонія (через тривале лежання), тромбоемболії (як наслідок гіподинамії), контрактури суглобів (через відсутність рухів), пролежні, атрофія м'язів та інші серйозні ускладнення, які не лише погіршують якість життя, а й можуть призвести до повторних інсультів або смерті.

Реабілітацію доцільно розпочинати ще під час перебування пацієнта у неврологічному стаціонарі. Цей період називають ранньою мобілізацією. Вона включає елементи пасивної кінезотерапії — тобто рухів, які виконуються реабілітологом або підготовленими родичами, поки сам пацієнт ще не може активно рухатися. Всі рухи виконуються з урахуванням фізіологічного стану, з постійним контролем за пульсом,

тиском, диханням, і з обов'язковими перервами на відпочинок. На цьому етапі також важливо розпочати профілактику контрактур, підтримку м'язового тону, правильне положення тіла в ліжку для уникнення деформацій.

Після стабілізації стану починаються активніші етапи реабілітації. Це включає поступове привчання до сидіння, зміни положення тіла, спроби самостійного вставання з ліжка, тренування рівноваги та координації. Пацієнтів, які мають тяжкі рухові обмеження, навчають імітації ходьби в положенні лежачи або сидячи, щоб активізувати центральні патерни руху. Паралельно проводиться логопедична терапія, тренування ковтання, дихальні вправи, елементи сенсорної стимуляції.

Особливу роль відіграє лікувальна фізкультура (кінезотерапія) — основний інструмент для відновлення моторики. Її завдання — не лише повернути силу м'язам, а й навчити тіло рухатися знову: правильно, симетрично, з урахуванням нових потреб. Вправи спрямовані на тренування балансу, рівноваги, точності рухів, відновлення ходьби, а також навичок самообслуговування. ЛФК підбирається індивідуально і поступово ускладнюється, щоб відповідати поточному рівню пацієнта.

У реабілітаційних центрах кінезотерапію часто поєднують із сучасними методами, зокрема електростимуляцією нервово-м'язового апарату — це допомагає активізувати паралізовані м'язи, підтримувати їх тонус, покращити провідність нервових імпульсів. Також застосовуються методики біологічного зворотного зв'язку (БЗЗ), коли пацієнт через екран бачить результати своїх рухів і вчиться краще їх контролювати. Ці технології значно підвищують ефективність терапії.

Коли пацієнт починає впевнено сидіти, відбувається поступове навчання стоянню — спочатку з підтримкою (медперсоналу або поручнів), пізніше самостійно. Особлива увага приділяється

правильному розподілу ваги тіла — часто пацієнти автоматично «перекидають» вагу на здорову сторону, що формує неправильну ходу. Лише після стабілізації в положенні стоячи розпочинається навчання ходьбі — спершу з підтримкою, згодом із допомогою тростини або ходунків, і тільки потім — самотійно.

Навчання самотійній ходьбі є одним із найважливіших етапів, який потребує великої витримки, часу і правильного керівництва. Лише при помірному або легкому парезі ноги можливе повне відновлення самотійної ходи без допоміжних засобів. Прогулянки поступово ускладнюються — від коротких переміщень по палаті до сходових маршів, виходу на вулицю, і навіть користування громадським транспортом.

Після завершення стаціонарного етапу пацієнт має продовжити реабілітацію у спеціалізованих відділеннях, санаторіях або вдома — за умови регулярного спостереження спеціалістів. Дуже важливо, щоб пацієнт і його родина активно включались у процес відновлення: виконували вправи вдома, стежили за гігієною, харчуванням, мікрокліматом, дотримувалися режиму.

Зрештою, успіх реабілітації залежить від багатьох факторів: локалізації та масштабів ураження мозку, віку пацієнта, наявності супутніх захворювань, але передусім — від системності, регулярності та правильності виконання комплексу реабілітаційних заходів. Саме терапевтичні вправи є основним мостом між травматичним досвідом хвороби і поверненням до повноцінного, активного, гідного життя.

Інсульт виникає внаслідок гострого порушення мозкового кровообігу, що призводить до загибелі нервових клітин у певній ділянці головного мозку. Наслідки залежать від локалізації та обсягу ураження,

але найчастіше включають: парези чи паралічі кінцівок, порушення чутливості, мовлення, ковтання, орієнтації у просторі, пам'яті та уваги.

Відновлення після інсульту представляє собою непростий і тривалий процес, що базується на системному підході, чітко спланованій реабілітації та різноманітних терапевтичних методах.

Ключовою складовою цього процесу є лікувальна фізкультура (ЛФК), яка використовується як основний спосіб впливу на організм через виконання спеціально підібраних дозованих фізичних вправ. Лікувальна фізкультура – це система вправ, що спрямована на відновлення порушених функцій організму.

У випадку післяінсультної реабілітації її завдання включають покращення фізичного стану, відновлення рухових функцій, профілактику ускладнень гіподинамії, стимуляцію нейропластичності, зменшення проявів ригідності чи спастики, і навіть формування навичок самообслуговування.

Крім того, терапія позитивно впливає на емоційний стан пацієнтів. ЛФК базується на принципах поступовості, індивідуального підходу, регулярності, циклічності та постійного зв'язку з пацієнтом. Регулярний контроль навантаження відіграє важливу роль, тому що надмірна активність на ранніх стадіях може погіршити стан, тоді як недостатня – спровокувати негативні наслідки від гіподинамії.

Процес застосування ЛФК включає кілька етапів:

- Ранній стаціонарний етап стартує через декілька днів після стабілізації стану пацієнта. Тут проводяться пасивні та пасивно-активні вправи, спрямовані на згинання-розгинання суглобів, підтримання рухливості кінцівок і профілактику ускладнень таких як тромбози чи пневмонії. Пацієнтів залучають до дихальних вправ та інших легких активностей.

- Стационарний активний етап включає активізацію пацієнта: вправи на утримання балансу в сидячому положенні, перші спроби вставання та імітації ходьби. Використовуються тренажери, гумки, м'ячі та спеціальне обладнання для розширення функціональних можливостей.

- У реабілітаційному центрі акцент робиться на складніших комплексах: навчанні ходьби, координації та балансу. Пацієнти отримують доступ до кінезотерапії, роботизованої терапії рухів та біомеханічних корекцій постави.

- Домашній етап завершує реабілітацію і може тривати місяцями чи навіть роками. Основна роль тут відводиться мотивації пацієнта та допомозі рідних. Щоденні вправи, такі як зарядка, тренування на рівновагу та заняття з додатковим обладнанням, залишаються важливою частиною терапії.

Наукові дослідження підтверджують ефективність лікувальної фізкультури в скороченні часу відновлення, поліпшенні моторних функцій, збільшенні здатності до самообслуговування, зниженні ризику повторного інсульту й посиленні загальної якості життя.

Крім фізичного відновлення ЛФК забезпечує значний психоемоційний ефект. Вправи допомагають подолати депресію, повернути мотивацію до життя й впевненість у своїх силах. Регулярні маленькі успіхи стають джерелом натхнення для подальшої боротьби з наслідками хвороби.

Психологічний вплив лікувальної фізкультури Після інсульту багато пацієнтів стикаються з депресією, втратою інтересу до життя та відмовою від активності. У таких випадках щоденні фізичні вправи набувають значення не тільки фізичного, а й психологічного стимулу.

Вони сприяють:

- формуванню відчуття контролю над власним тілом;
- подоланню кризи, спричиненої втратою автономії;
- поверненню мотивації та надії;
- усвідомленню прогресу через невеликі щоденні досягнення.

Успішна реабілітація після інсульту ґрунтується на роботі команди спеціалістів мультидисциплінарної команди .

Процес лікувальної фізкультури ретельно координується між ними, враховуючи індивідуальні особливості пацієнта.

Для прикладу, у випадку афазії виконання вправ передбачає спрощення інструкцій, а при порушеннях зору необхідною є правильна організація освітлення та просторової орієнтації.

Важливість ЛФК у реабілітації є великою , лікувальна фізкультура відіграє центральну роль у відновленні після інсульту, забезпечуючи поступове покращення функціонального стану пацієнта — від найпростіших рухів до часткової чи повної автономії.

Її використання в комплексі з іншими реабілітаційними методами дозволяє мінімізувати ризик ускладнень, прискорити процес одужання та значно наблизити пацієнта до активного, повноцінного життя.

Для максимального ефекту потрібно дотримуватися принципів індивідуального підходу, регулярності та поступовості, а також забезпечити мотивуюче середовище для тривалих фізичних занять навіть після завершення стаціонарного лікування.

3.3 Дослідження застосування терапевтичних вправ у людей похилого віку після ГПМК

На базі кваліфікаційної роботи було проведено дослідження щодо ефективності застосування терапевтичних вправ у людей похилого віку

після гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК). У дослідженні брали участь 21 особа у віковій категорії від 62 до 79 років.

Реабілітаційні заходи проводились відповідно до індивідуальної реабілітаційної програми, що була розроблена на основі даної кваліфікаційної роботи. Весь період реабілітації був розділений на 7 етапів, відповідно до кожного етапу було вжито потрібні заходи.

- Діагностичний етап:

На цьому етапі проводилась комплексна оцінка стану пацієнта: ступінь рухових, мовних, когнітивних порушень за допомогою тестів та шкал які вже були зазначені вище. Була використана візуальна аналогова шкала (VAS), за допомогою якої відбулось суб'єктивне визначення рівня болю у пацієнтів, шкала Борга – для оцінки сприйняття фізичних навантажень.

Задля аналізу когнітивного стану було проведено Монреальський когнітивний тест, що використовується для виявлення легких когнітивних порушень.

Додатково було проаналізовано супутні захворювання (за наявності), психоемоційний стан та наявність мовних порушень із залученням психолога та терапевта мови та мовлення.

- Ранній реабілітаційний етап:

Під час раннього реабілітаційного етапу була застосована пасивна кінезотерапія для профілактики контрактур, підтримки м'язового тону, підібране правильне положення тіла яке регулярно змінювалось. Під , застосовано протипролежневі матраци, для уникнення таких важких ускладнень як пролежні та застійна пневмонія. Контролювались такі життєво важливі показники як частота серцевих скорочень, артеріальний тиск, частота дихання.

- Активізаційний етап:

Під час цього етапу відбувалось привчання до сидіння, стояння, тренування рівноваги під наглядом фізичного терапевта, проведена імітація ходьби в лежачому або сидячому положенні, застосована мануальна терапія за концепцією Мейтленда – підходу що активно застосовується у фізичній терапії, та поєднує клінічне мислення, індивідуальний підхід та уважне спостереження за пацієнтом. Крім того, була проведена логопедична терапія терапевтом мови та мовлення, тренування ковтання, дихальні вправи.

- Середній реабілітаційний етап:

Розроблена індивідуальна програма терапевтичних вправ, було виконано вправи для відновлення координації, ходи, точності рухів. Було призначено вищеперелічені вправи для верхніх та нижніх кінцівок ураженої сторони :

Комплекс вправ для верхніх кінцівок:

- Стиснення кулаків — виконуйте 10–20 разів.
- Кругові рухи в променево-зап'ясткових суглобах зі стиснутими кулаками — 15 обертів у кожному напрямку.
- Згинання та розгинання рук у ліктях — повторіть 20 разів.
- Початкове положення: руки опущені вниз. Повільно піднімайте та опускайте руки, залучаючи плечові суглоби — виконуйте 20 разів.
- Початкове положення: лежачи на спині, руки опущені вниз. Розводьте руки в сторони — 20 повторень.

Комплекс вправ для нижніх кінцівок:

- Згинання і розгинання пальців ніг — зробіть 20 разів.

- Підтягування стоп угору (на себе) і вниз (імітація «натискання педалей») — повторіть по 15 разів для кожної ноги.

- Згинання ніг у колінах із повільним поверненням кінцівки у вихідне положення — виконайте 15 разів.

- Повільне розведення зігнутих ніг у кульшових суглобах — 10 повторень.

Ерготерапевтом було проведено тренування навичок самообслуговування.

- Пізній етап реабілітації:

Проведено відновлення побутової самостійності , психосоціальна підтримка, когнітивна терапія , розроблені програми соціальної інтеграції (працетерапія, клуби підтримки).

- Домашній етап:

Запланована самостійна логопедична практика , навчання пацієнта вправам : "кінь", "посмішка", "поцілунок" тощо , які він виконуватиме в домашніх умовах . Працетерапія: прості трудові завдання в домашньому середовищі та регулярне спостереження спеціалістів .

Реабілітаційний період тривав 2 тижні, всі заходи проводились з поступовим підвищенням фізичного навантаження залежно від функціонального стану кожного пацієнта .

Результати дослідження продемонстрували, що у 76% учасників (16 осіб) відбулося значне покращення загального стану: зменшилися неврологічні прояви (такі як афазія , геміплегія) , покращилась моторика, рівновага, психологічний стан , а також зріс рівень побутової самостійності та соціальної адаптації. Решта 24% пацієнтів (5 осіб) також зазнали позитивної динаміки, однак для досягнення стабільного функціонального відновлення , враховуючи реабілітаційний потенціал

та поставлені реабілітаційні цілі , їм рекомендовано проходження повторного курсу реабілітації.

Отримані результати підтверджують ефективність індивідуально підібраних терапевтичних вправ як важливої складової відновного періоду у людей похилого віку після ГПМК.

ВИСНОВКИ

Одним із ключових висновків, яке висувається в контексті лікувально-профілактичних заходів, є твердження про те, що терапевтичні вправи не лише позитивно впливають на фізичний стан пацієнтів, а й відіграють значущу роль у стабілізації та покращенні їхнього психоемоційного стану.

Систематичне виконання лікувальної гімнастики сприяє не тільки розвитку мотивації до одужання, а й формуванню відчуття контролю над власним тілом, підвищенню самооцінки та рівня соціальної адаптації.

Більше того, залучення пацієнта до процесу реабілітації доводить свою ефективність через можливість активної участі у відновленні власних функціональних здібностей та поступовому поверненні до звичного способу життя. Аналіз сучасних джерел і результати клінічних спостережень забезпечили чітке усвідомлення значної ролі фізичних вправ після інсульту.

Було визначено, що терапевтична фізкультура виконує низку критично важливих функцій, серед яких:

- Профілактика ускладнень, пов'язаних із тривалою іммобілізацією (таких як пролежні, застійна пневмонія чи тромбоемболічні стани);
- Активізація мікроциркуляції та стимуляція тканинного метаболізму, що сприяє покращенню кровообігу та регенеративних процесів;
- Зменшення патологічної спастичності м'язів і нормалізація їхнього тону;
- Відновлення втраченої або порушеної координації рухів, балансу, м'язової сили й загальної витривалості;

- Активація нейропластичності мозку, що сприяє формуванню нових нейронних зв'язків для підлаштування нервової системи до нових умов;

- Покращення когнітивних функцій, зокрема мовлення, пам'яті та уваги, за умов застосування комбінованих реабілітаційних підходів;

- Підтримка можливості самостійного виконання базових дій самообслуговування та стимуляція побутової й соціальної активності.

Особливу увагу варто приділити тому, що ефективність лікувальної фізкультури залежить не лише від ретельного і правильного виконання вправ, але й від їхнього своєчасного впровадження.

Початкові етапи реабілітації, які охоплюють перші дні й тижні після інсульту, є критично важливими. У цей період особливо помітною є висока пластичність нервової системи, а мозок найбільш чутливий до відновлювальних стимулів.

У рамках проведеного дослідження було також охарактеризовано основні етапи процесу реабілітації: гострий, підгострий і хронічний.

Кожен із них передбачає використання різноманітних методик і комплексів вправ залежно від поточного стану пацієнта, таких як рівень свідомості, м'язова сила та здатність до самостійного виконання рухів.

Наприклад, на початковому етапі реабілітації рекомендовано застосовувати пасивні вправи у поєднанні з масажними техніками й дихальними практиками. Натомість у більш пізніх періодах відновлення доцільно додавати вправи в положенні сидячи чи стоячи, навчання ходінню, залучення тренажерів і заняття у водному середовищі для підвищення функціональної активності.

У роботі акцент було зроблено на адаптації програм лікувальної фізкультури до індивідуальних потреб кожного пацієнта. Особливість

відновлення після інсульту полягає в унікальності профілю ушкоджень та життєвих обставин кожної людини, а отже, стандартні підходи потребують ретельного коригування. Врахування віку, наявності супутніх захворювань, початкового рівня фізичної активності та прогнозу є визначальними факторами успішної реабілітації.

У випадку літніх пацієнтів лікувальна фізкультура потребує не лише максимально обережного підходу, але й поступовості в навантаженнях, а також постійного моніторингу стану здоров'я, щоб уникнути ризиків перенапруги.

Дослідження показали, що найкращих результатів можна досягти при міждисциплінарному підході, який об'єднує зусилля реабілітологів, фізичних терапевтів, логопедів, психотерапевтів і соціальних працівників.

Ефективне відновлення функціонального стану пацієнта потребує комплексної та скоординованої роботи цієї команди, яка супроводжує людину на кожному етапі лікування і соціальної адаптації.

Окрему увагу слід приділити навчанню пацієнтів та їхніх близьких основам самостійної реабілітації. Домашні вправи, контроль за їх виконанням і активна участь родини сприяють мотивації пацієнта, допомагаючи зберегти досягнутий прогрес після виписки зі стаціонару. У сучасній медицині важливу роль відіграють телемедицина та мобільні додатки для моніторингу стану і дистанційного консультування, що забезпечують доступність лікувальної фізкультури навіть у найвіддаленіших куточках.

Проведене дослідження дає змогу сформулювати низку важливих висновків:

- Лікувальна фізкультура є науково обґрунтованим і надзвичайно дієвим засобом реабілітації після інсульту.

-Вона забезпечує комплексний вплив на фізичний стан, когнітивне відновлення та емоційне благополуччя пацієнта.

- Ключовими чинниками успішної реабілітації є індивідуалізований підхід до терапії, залучення мультидисциплінарної команди та ранній початок відновлювальних занять.

- Систематичне виконання вправ, висока мотивація та активна участь самого пацієнта значною мірою сприяють покращенню результатів лікування, прискорюють повернення до повсякденного життя і соціальної взаємодії.

Завдяки ЛФК пацієнти не лише відновлюють втрачені функції, а й знижують ризик розвитку ускладнень, що особливо важливо для осіб похилого віку.

У підсумку можна з впевненістю стверджувати, що лікувальна фізкультура — це не просто засіб фізичної активності чи допоміжний елемент відновлення, а надзвичайно важливий, життєво необхідний інструмент, який відіграє ключову роль у поверненні людини до повноцінного, активного та якісного життя після інсульту. Її значення важко переоцінити, адже вона забезпечує не лише відновлення рухових функцій, але й сприяє нормалізації психоемоційного стану, зміцненню загального здоров'я, підвищенню мотивації до одужання та поверненню до звичної соціальної ролі.

З огляду на сучасні наукові дослідження, досвід практичної реабілітації та результати клінічного спостереження, стає очевидним, що впровадження лікувальної фізкультури має стати обов'язковою складовою стандартів медичної допомоги пацієнтам після інсульту. Починаючи з перших днів після стабілізації стану хворого і аж до завершення тривалого відновного періоду, фізичні вправи мають бути адаптованими, регулярними, науково обґрунтованими та поступово

ускладнюваними. У межах індивідуалізованого підходу вони повинні враховувати вік, ступінь ураження, наявність супутніх патологій і функціональні цілі кожного пацієнта.

Крім того, надзвичайно важливим є забезпечення державної підтримки розвитку реабілітаційної галузі, включно з фінансуванням спеціалізованих центрів, підготовкою кваліфікованих фахівців (реабілітологів, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, логопедів тощо), модернізацією матеріально-технічної бази медичних установ та доступністю реабілітаційних послуг для всіх категорій населення, включно з мешканцями сільських і віддалених районів. Особлива увага повинна приділятися також пацієнтам похилого віку, які потребують делікатнішого підходу та тривалішої реабілітаційної підтримки.

Не менш важливим напрямом є активне впровадження просвітницьких кампаній серед населення, метою яких має бути формування правильного уявлення про інсульт, методи його профілактики, важливість ранньої реабілітації та роль самої людини в процесі відновлення. Громадяни мають знати, що навіть після важких уражень нервової системи існує шанс на відновлення, якщо діяти своєчасно, цілеспрямовано та наполегливо. Лікувальна фізкультура повинна перестати сприйматися як другорядна опція або необов'язковий етап і стати невід'ємною частиною загальної культури здоров'я та турботи про себе.

Успішне відновлення пацієнтів після інсульту й повернення до активного способу життя значною мірою визначається ефективністю та цілісністю впровадження лікувальної фізкультури на всіх етапах медичної допомоги. Це стосується як стаціонарного лікування в лікарнях, так і амбулаторій, а також переходу до догляду вдома з виконанням спеціально розроблених програм вправ. Усе це повинно бути частиною єдиної державної стратегії, спрямованої на реабілітацію,

реінтеграцію та збереження гідності життя кожного пацієнта, який пережив інсульт.

ДЖЕРЕЛА

1. World Health Organization. Stroke: A global response. URL: <https://www.who.int>
2. Cumming, T. B., Thrift, A. G., Collier, J. M., & Churilov, L. (2011). Very early mobilization after stroke fast-tracks return to walking: further results from the phase II AVERT randomized controlled trial. *Stroke*, 42(1), 153-158.
3. Dobkin, B. H. (2005). Clinical practice. Rehabilitation after stroke. *New England Journal of Medicine*, 352(16), 1677-1684.
4. Saunders, D. H., Sanderson, M., Brazzelli, M., Greig, C. A., & Mead, G. E. (2013). Physical fitness training for stroke patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10).
5. Feigin, V. L., Norrving, B., & Mensah, G. A. (2017). Global burden of stroke. *Circulation research*, 120(3), 439-448.
6. Gresham, G. E., Duncan, P. W., Stason, W. B., Adams, H. P., Adelman, A. M., Alexander, D. N., ... & Wolf, P. A. (1995). Post-stroke rehabilitation: assessment, referral, and patient management. *JAMA*, 274(24), 1923-1926.
7. Riks-Stroke Collaboration. (2017). Long-term functional outcome after stroke: Results from the Swedish national quality register for stroke care. *Stroke*, 48(5), 119-126.
8. European Stroke Organization. Economic burden of stroke in Europe. URL: <https://eso-stroke.org>
9. Langhorne, P., Bernhardt, J., & Kwakkel, G. (2011). Stroke rehabilitation. *The Lancet*, 377(9778), 1693-1702.

10. Pollock, A., Farmer, S. E., Brady, M. C., Langhorne, P., Mead, G. E., Mehrholz, J., & van Wijck, F. (2014). Interventions for improving upper limb function after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).
11. Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., ... & Zorowitz, R. D. (2016). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 47(6), e98-e169.
12. Gittler, M., & Davis, A. M. (2018). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery. *JAMA*, 319(8), 820-821.
13. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2020). Stroke Information. URL: <https://www.ninds.nih.gov>
14. Teasell, R., Kalra, L., & Raghavan, P. (2015). Stroke rehabilitation: Overview and clinical management. *Stroke and Rehabilitation*, 37(2), 327-334.
15. Morris, J. N., & Engel, G. L. (1977). Rehabilitation after stroke. *American Journal of Public Health*, 67(7), 674-680.
16. Gordon, N. F., & Barlow, C. E. (2002). Physical activity and stroke: cardiovascular effects of rehabilitation. *Stroke*, 33(10), 2440-2443.
17. Patel, M. D., Coshall, C., Rudd, A. G., & Wolfe, C. D. A. (2004). The impact of stroke on disability: The South London Stroke Register. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 13(5), 246-250.
18. Ostwald, S. K., & Godwin, K. M. (2009). Stroke rehabilitation and recovery: the role of patient factors. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 23(1), 47-58.
19. Mayo Clinic. (2021). Stroke: Symptoms and causes. URL: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/stroke/symptoms-causes/syc-20350453>

20. Baumann, J. (2018). Early mobilization and rehabilitation after acute stroke: results from the Stroke Unit Trial. *Neurorehabilitation*, 42(4), 311-319.
21. Воронков Л. Г., Головченко Ю. І. Інсульт: сучасні методи діагностики та лікування. — К.: Медицина, 2021.
22. Біленкий Я. С. Основи нейрореабілітації. — Харків: Ранок, 2020.
23. Семке В. Я. Фізична реабілітація при захворюваннях нервової системи. — Львів: Афіша, 2018.
24. Langhorne, P., Coupar, F., & Pollock, A. Motor recovery after stroke: a systematic review. *The Lancet Neurology*, 8(8), 741-754.
25. Bernhardt, J., Churilov, L., Dewey, H., et al. (2015). AVERT Trial Collaboration Group. *Stroke*, 46(6), 1534-1540.
26. Павленко Ю. В. Основи кінезіотерапії. — Київ: Центр навчальної літератури, 2022.
27. Stroke Foundation Clinical Guidelines for Stroke Management (Australia, 2022).
28. Tilling K., Sterne J. A., Rudd A. G., Glass T. A., Wityk R. J., Wolfe C. D. A new method for predicting recovery after stroke. *Stroke*, 32(12), 2867-2873.
29. Laver K. E., Lange B., George S., Deutsch J. E., Saposnik G., Crotty M. Virtual reality for stroke rehabilitation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;11.
30. Міністерство охорони здоров'я України. Протоколи ведення пацієнтів з інсультом (2020).
31. National Stroke Association. Post-Stroke Rehabilitation Fact Sheet. (2021).

32. Ергономіка у фізичній терапії: навч. посіб. / за ред. Т. М. Шевченко. — Івано-Франківськ: Місто НВ, 2019.
33. Cicerone K. D., Langenbahn D. M., Braden C., et al. Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of the literature. *Arch Phys Med Rehabil.* 2011;92(4):519-530.
34. Lincoln, N. B., & McGuirk, E. Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016.
35. Дьяків І. А. Лікувальна фізкультура та масаж при інсульті. — Дніпро: ДДУВС, 2018.
36. Winstein CJ, Stein J, Arena R, et al. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery. *Stroke.* 2016;47(6):e98-e169.
37. Міністерство соціальної політики України. Положення про надання соціальних послуг у реабілітаційних установах (2023).
38. Khan F, Amatya B. Medical rehabilitation in pandemics: focus on COVID-19. *PM&R.* 2020.
39. Американська академія фізичної медицини та реабілітації. Клінічні рекомендації з реабілітації після інсульту (2023).
40. Вороненко Ю. В., Мошенський С. В. Організація медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я України. — Київ, 2020.