

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
факультет медико-фармацевтичних технологій
кафедра фізичної реабілітації і здоров'я**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**на тему: ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ЖІНОК СЕРЕДНЬОГО ВІКУ
ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ НА
ПІСЛЯГОСТРОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

Виконав: здобувач вищої освіти групи ТРм 24 (1.10) – 01
спеціальності: 227 Терапія та реабілітація
спеціалізація 227.01 Фізична терапія
освітньої програми :Терапія та реабілітація
Анастасія ЗІНОВ'ЄВА

Керівник: доцент закладу вищої освіти
кафедри фізичної реабілітації і здоров'я,
к.н. фіз. вих. та спорту, доцент
Анастасія НЕВЕЛИКА

Рецензент: доцент закладу вищої освіти кафедри
клінічної лабораторної діагностики,
к.мед.н., доцент
Ганна ЛИТВИНЕНКО

Харків – 2026 рік

АНОТАЦІЯ

У кваліфікаційній роботі представлено теоретичне обґрунтування та практичне застосування комплексної програми фізичної терапії для жінок середнього віку після перенесеного ішемічного інсульту на післягострому особливості функціональних порушень у пацієток після інсульту, а також методи оцінювання рухового дефіциту, рівноваги, мобільності та рівня побутової незалежності. Розроблено програму фізичної терапії з використанням сучасних нейрофізіологічних підходів та функціонально орієнтованих методів відновлення.

За результатами дослідження встановлено, що застосування розробленої програми фізичної терапії сприяє покращенню моторних функцій, зниженню проявів спастичності, підвищенню рівня рівноваги та мобільності, а також зростанню рівня функціональної незалежності жінок середнього віку у післягострому періоді ішемічного інсульту. Отримані результати підтверджують ефективність комплексного та індивідуалізованого підходу до фізичної терапії у процесі постінсультної реабілітації.

Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатку. Бібліографічний список містить 45 літературних джерел. Робота ілюстрована 20 таблицями та 14 рисунків, викладені на 110 сторінках.

Ключові слова: ішемічний інсульт, фізична терапія, післягострий період, нейрореабілітація, жінки середнього віку, нейропластичність, функціональне відновлення, постуральний контроль, спастичність, МКФ.

ABSTRACT

The qualification paper presents the theoretical substantiation and practical application of a comprehensive physical therapy program for middle-aged women following an ischemic stroke in the post-acute period, outlining the features of functional disorders in post-stroke patients, as well as methods for assessing motor

deficit, balance, mobility, and the level of activities of daily living (ADL) independence. A physical therapy program has been developed utilizing modern neurophysiological approaches and functionally oriented recovery methods.

The research findings, it was established that the implementation of the developed physical therapy program contributes to the improvement of motor functions, reduction of spasticity manifestations, enhancement of balance and mobility levels, as well as an increase in the level of functional independence of middle-aged women in the post-acute period of ischemic stroke. The obtained results confirm the efficacy of a comprehensive and individualized approach to physical therapy within the post-stroke rehabilitation process.

The paper consists of an introduction, three chapters, conclusions, a list of references, and an appendix. The bibliographic list contains 45 references. The work is illustrated with 20 tables and 14 figures, presented across 110 pages.

Keywords: ischemic stroke, physical therapy, post-acute period, neurorehabilitation, middle-aged women, neuroplasticity, functional recovery, postural control, spasticity, ICF.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	5
ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ІШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ У ЖІНОК СЕРЕДНЬОГО ВІКУ НА ПІСЛЯГОСТРОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ	13
1.1. Сучасний стан проблеми та клініко-патофізіологічна характеристика ішемічного інсульту	13
1.2. Актуальність та соціальна значущість фізичної терапії у післягострому періоді	16
1.3. Сучасні концепції реабілітації: мультидисциплінарність та Міжнародна класифікація функціонування (МКФ)	18
1.4. Методологічні засади та технології фізичної терапії у післягострому періоді	19
Висновок до розділу 1	21
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	23
2.1. Методи дослідження	23
2.2. Організація дослідження	37
Висновок до розділу 2	38
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ	40
3.1. Аналіз результатів первинного обстеження пацієнтів у післягострому етапі реабілітації після перенесеного ішемічного інсульту	40
3.2. Комплексна програма фізичної терапії для пацієток основної та контрольної груп	45
3.3. Оцінка змін показників після застосування комплексної	70

програми фізичної терапії	
Висновок до розділу 3	77
ВИСНОВКИ	80
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	83
ДОДАТКИ	88

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

1. АТ - артеріальний тиск
2. ADL (Activities of Daily Living) - активність повсякденного життя
3. ATS (American Thoracic Society) - Американське торакальне товариство
4. BBS (Berg Balance Scale) - шкала рівноваги Берга
5. BI (Barthel Index) - індекс Бартел
6. BWSTT (Body Weight Supported Treadmill Training) - локомоторне тренування на тредмлі з підтримкою маси тіла
7. CIMT (Constraint-Induced Movement Therapy) - терапія примусового використання
8. FMA-UE (Fugl-Meyer Assessment for Upper Extremity) - шкала оцінки моторного відновлення верхньої кінцівки Фугла-Мейєра
9. ГПМК - гостре порушення мозкового кровообігу
10. КГ - контрольна група
11. MAS (Modified Ashworth Scale) - модифікована шкала спастичності Ашфорта
12. МКВ - моторний контроль вертикалізації
13. МКФ - Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я
14. МДК - мультидисциплінарна команда
15. м/с - метр за секунду
16. ОГ - основна група
17. PNF (Proprioceptive Neuromuscular Facilitation) - пропріоцептивна нейром'язова фасилітація
18. RMI (Rivermead Mobility Index) - індекс мобільності Рівермід
19. TUG (Timed Up and Go) - тест «Встань та йди»
20. UMCT (Upright Motor Control Test) - тест моторного контролю вертикалізації

21. 10MWT (10-Meter Walk Test) - тест 10-метрової ходьби
22. 6MWT (6-Minute Walk Test) - тест 6-хвилинної ходьби
23. ЦНС - центральна нервова система
24. ЧСС - частота серцевих скорочень
25. Хв - хвилини.

ВСТУП

Актуальність дослідження. На сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я проблема гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК) за ішемічним типом залишається надзвичайно актуальною та соціально значущою. Це зумовлено тим, що інсульт посідає провідне місце серед причин тривалої інвалідизації та втрати працездатності дорослого населення у більшості країн світу [1, 28]. Значний рівень захворюваності, інвалідизації та смертності внаслідок ішемічного інсульту обумовлює необхідність пошуку ефективних підходів до відновного лікування та реабілітації таких пацієнтів [4, 13].

Особливої уваги потребує вивчення ефективності фізичної терапії у жінок середнього віку, що пов'язано з сучасною тенденцією до «омолодження» інсульту, а також із наявністю специфічних гендерних особливостей перебігу захворювання [22, 28]. Важливу роль у цьому відіграють гормональні зміни, характерні для періоду менопаузи, які супроводжуються поступовим зниженням рівня естрогенів і, відповідно, ослабленням їх природної вазопротекторної дії на судини. У результаті цього підвищується ризик розвитку судинних порушень, зокрема ішемічного інсульту [26].

Клінічні спостереження та результати наукових досліджень свідчать про те, що жінки після перенесеного інсульту, як правило, мають більш виражені функціональні обмеження, нижчий рівень відновлення рухових функцій і гірші прогностичні показники щодо відновлення побутової незалежності порівняно з чоловіками [38]. Це обумовлює необхідність розробки та впровадження індивідуалізованих, науково обґрунтованих

програм фізичної терапії, які враховують вікові, фізіологічні та гендерні особливості пацієнток [11, 27].

Особливе значення має післягострий період інсульту, який є одним із ключових етапів відновлення. Саме в цей період відзначається максимальна активізація механізмів нейропластичності, що створює сприятливі умови для відновлення порушених функцій [32, 33]. Водночас недостатня інтенсивність або відсутність цілеспрямованих заходів фізичної терапії може призвести до формування та закріплення патологічних рухових стереотипів, що значно ускладнює подальший процес реабілітації та знижує його ефективність [23, 39].

Зв'язок роботи з науковими планами, темами. Кваліфікаційна робота виконана відповідно до тем Національного фармацевтичного університету на 2026-2030 рр. «Науково-методичні аспекти фізичної терапії при захворюваннях різних систем організму» (номер державної реєстрації 0121u110208).

Особистий внесок магістранта. Полягає у самостійному виконанні всіх етапів наукового дослідження під безпосереднім керівництвом наукового керівника. Автором особисто проведено аналіз сучасної науково-методичної літератури за темою фізичної терапії жінок після ішемічного інсульту.

Здобувачем було самостійно проведено первинне та підсумкове обстеження пацієнток із використанням стандартизованих інструментів оцінювання (індексу Бартел, шкали Берга, тесту Фугл-Мейєра та ін.). Магістрантом розроблено та впроваджено індивідуалізовану програму фізичної терапії в умовах післягострого етапу реабілітації, а також здійснено статистичну обробку та інтерпретацію отриманих результатів, що дозволило сформулювати висновки щодо ефективності запропонованого підходу

Мета дослідження. Теоретично обґрунтувати та розробити комплексну програму фізичної терапії для жінок середнього віку в післягострому періоді ішемічного інсульту, спрямовану на відновлення рухових функцій, покращення координації та рівноваги, а також підвищення рівня побутової незалежності.

Завдання дослідження.

1. Провести детальний аналіз сучасних наукових джерел щодо етіології, патогенезу та особливостей клінічного перебігу ішемічного інсульту у жінок середнього віку з урахуванням гендерних та вікових чинників.

2. Вивчити та систематизувати існуючі підходи, методи та засоби фізичної терапії, що застосовуються у післягострому періоді реабілітації пацієнтів після інсульту.

3. Здійснити комплексну оцінку вихідного функціонального стану пацієнток із використанням валідизованих клінічних шкал, зокрема шкали Ашфорта (для визначення рівня спастичності), шкали Берга (для оцінки рівноваги), індексу Бартел (для визначення рівня побутової незалежності), тесту Рівермід та інших інструментів оцінювання.

4. Розробити комплексну програму фізичної терапії, що включає сучасні підходи до стимуляції нейропластичності, засоби локомоторного тренування, вправи для відновлення рухових функцій, а також методи корекції спастичності.

5. Провести оцінку ефективності розробленої програми фізичної терапії в динаміці реабілітаційного процесу з урахуванням змін функціонального стану пацієнток.

Об'єкт дослідження. Процес фізичної терапії жінок середнього віку, які перебувають у післягострому періоді ішемічного інсульту.

Предмет дослідження. Розроблена програма фізичної терапії спрямованої на відновлення моторних функцій, покращення рівноваги, координації рухів та підвищення якості життя жінок середнього віку після гострих порушень мозкового кровообігу.

Методи дослідження: аналіз літературних джерел, збір анамнезу, Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ).

Для об'єктивізації функціонального стану пацієнток та оцінки ефективності програми фізичної терапії було використано наступні стандартизовані методи, тести та шкали: індекс Бартел (Barthel Index), шкала Берга (Berg Balance Scale), тест Фугл–Мейєра (Fugl-Meyer Assessment), Рівермідський індекс мобільності (Rivermead Mobility Index), тест 10-метрової ходьби (10-Meter Walk Test, 10MWT), тест 6-хвилинної ходьби (6MWT), тест моторного контролю вертикалізації (Upright Motor Control Test), модифікована шкала Ашфорта (Modified Ashworth Scale, MAS), тест «Встань та йди» (Timed Up and Go test, TUG), методи математичної статистики.

Наукова новизна одержаних результатів. Обґрунтовано доцільність застосування індивідуалізованої програми фізичної терапії для жінок середнього віку на післягострому етапі реабілітації після ішемічного інсульту. Вперше розроблено та практично апробовано комплексний підхід, що поєднує методики відновлення рухового контролю (PNF, CIMT) з аеробними тренуваннями та функціональними тестами для підвищення витривалості. Дістало подальшого розвитку застосування об'єктивних інструментів оцінювання (шкала Берга, тест Фугл–Мейєра, 6-хвилинна та 10-метрова ходьба) для моніторингу динаміки відновлення пацієнток саме цієї вікової категорії. Доведено, що цілеспрямований вплив на швидкість ходьби та моторний контроль вертикалізації сприяє значному підвищенню рівня незалежності пацієнток у повсякденному житті згідно з доменами МКФ.

Практичне значення отриманих результатів. Результати проведеного дослідження можуть бути використані з метою вдосконалення та оптимізації реабілітаційного процесу у спеціалізованих лікувально-реабілітаційних закладах.

Запропоновані алгоритми оцінювання функціонального стану пацієнток, побудовані на основі МКФ-орієнтованих шкал, забезпечують можливість об'єктивного моніторингу їхнього стану на різних етапах реабілітації, а також сприяють індивідуалізації фізичного навантаження відповідно до функціональних можливостей. Розроблена програма фізичної терапії сприяє більш ефективному відновленню рухових функцій, підвищенню рівня самостійності у повсякденному житті та прискоренню соціальної і професійної реінтеграції жінок працездатного віку.

Публікація. Основні теоретичні положення та практичні результати дослідження були представлені та обговорені на науково-практичній конференції V Всеукраїнська конференція «Мультидисциплінарний підхід у фізичній реабілітаційній медицині» 20 березня 2026 р., що підтверджує їх наукову та практичну значущість.

1. Зінов'єва А.В., Невелика А.В., Андрюхін Д.А. Нейропатією фізична терапія жінок середнього віку після перенесеного ішемічного інсульту на післягострому етапі реабілітації. Мультидисциплінарний підхід у фізичній реабілітаційній медицині : зб. наук. пр. : матеріали V Всеукр. конф. (Харків, 20 берез. 2026 р.). Харків, 2026. Вип. 5. С. 90-92. (Додаток А).

https://drive.google.com/file/d/13BSnx4tJ8TtkO-1_rbS7SUnd11geXuX9/view?usp=drive_link

2. Зінов'єва А. В., Невелика А. В. Фізична терапія жінок середнього віку після перенесеного ішемічного інсульту на післягострому етапі реабілітації. Сучасні тенденції спрямовані на збереження здоров'я людини : зб. наук. пр. Харків, 2026. Вип. 7. С. 51–53 (Додаток Б).

https://drive.google.com/file/d/1Ems_tNP1gKWOvj7taAE8dho2rqGZsehH/view?usp=sharing

Виступ з доповіддю: «Фізична терапія жінок середнього віку після перенесеного ішемічного інсульту на післягострому етапі реабілітації». Доповідач: Зінов'єва А.В., здобувач вищої освіти II курсу магістерського рівня, спеціальності 227 «Терапія та реабілітація», Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна. Науковий керівник: Невелика А.В., к. фіз. вих., доцент ЗВО кафедри фізичної реабілітації і здоров'я, Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна. V Всеукраїнська конференція «Мультидисциплінарний підхід у фізичній реабілітаційній медицині» 20 березня 2026 р., м. Харків. (Додаток А). <https://health.nuph.edu.ua/v-vseukrainska-konferentsiia-mulydystsyplinaryj-pidkhd-u-fizychnij-reabilitatsijnij-medytyni/>

Обсяг та структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, які поділяються на відповідні підрозділи, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить 110 сторінок друкованого тексту. Список використаних джерел включає 45 найменувань, що відображають сучасний стан наукових досліджень із даної проблематики.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ІШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ У ЖІНОК СЕРЕДНЬОГО ВІКУ НА ПІСЛЯГОСТРОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

1.1. Сучасний стан проблеми та клініко-патофізіологічна характеристика ішемічного інсульту

Ішемічний інсульт є однією з провідних причин інвалідизації та смертності у світі, що зумовлює його високу медико-соціальну значущість [1, 28]. У структурі гострих порушень мозкового кровообігу саме ішемічний варіант становить переважну більшість випадків і характеризується гострим зниженням або припиненням кровотоку в певному судинному басейні головного мозку з подальшим розвитком неврологічного дефіциту [7, 10, 11].

Особливої уваги потребує вивчення цієї патології у жінок середнього віку, оскільки в даній групі поєднуються як класичні судинні фактори ризику, так і гормонально-метаболічні зміни, що формують специфічний профіль уразливості до цереброваскулярних подій [22, 38].

Етіологічні чинники ішемічного інсульту.

Етіологія ішемічного інсульту є поліфакторною та включає взаємодію кардіальних, судинних і метаболічних механізмів [7, 11]. До основних причин належать:

- артеріальна гіпертензія як провідний модифікований фактор ризику [11, 28];
- атеросклеротичне ураження магістральних і внутрішньочерепних артерій [10, 26];
- кардіоемболічні джерела (фібриляція передсердь, клапанні вади серця) [11, 27];
- цукровий діабет і метаболічний синдром [1];
- дисліпідемія та ожиріння [28].

У жінок середнього віку додаткове значення мають гормональні зміни, пов'язані зі зниженням рівня естрогенів у менопаузальному періоді. Це призводить до втрати їх вазопротекторної дії, погіршення ендотеліальної функції та прискорення атеросклеротичних процесів. Також до специфічних факторів ризику належать тривале застосування гормональних контрацептивів, мігрень з ауурою та підвищена реактивність вегетативної нервової системи [3, 4].

Патогенез ішемічного інсульту

Аналіз спеціальної літератури показав, що патогенетичні механізми ішемічного інсульту базуються на комплексі послідовних реакцій, які виникають у відповідь на критичне зниження церебральної перфузії [7, 26].

Початковим етапом є розвиток енергетичного дефіциту в нейронах, що супроводжується порушенням аеробного метаболізму та зниженням синтезу енергетичних субстратів. Це призводить до дисфункції іонних насосів клітинної мембрани та втрати електролітного балансу [10, 26].

Надалі формується патологічна активація збуджуючих нейромедіаторних систем, що спричиняє надмірну стимуляцію нейронів і розвиток феномену ексайтотоксичності. У результаті відбувається функціональне перенавантаження клітинних структур [26].

Наступним етапом є внутрішньоклітинне накопичення кальцію, яке активує ферментні системи, відповідальні за деградацію білків, ліпідів та структурних елементів клітини. Це сприяє прогресуючому пошкодженню нейронів [11, 26].

Завершальною фазою є активація оксидативного стресу, запальних реакцій та програмованої клітинної смерті, що формує зону незворотного некрозу. Навколо неї зберігається ділянка ішемічної пенумбри, яка потенційно піддається функціональному відновленню за умови своєчасного терапевтичного втручання та адекватних заходів фізичної терапії, спрямованих на стимуляцію нейропластичності [32, 33, 35].

Клініко-патофізіологічні особливості у контексті реабілітації

З позицій фізичної терапії важливим є розуміння не лише первинного ураження мозкової тканини, але й вторинних функціональних змін, які визначають клінічну картину у післягострому періоді [2, 10].

До основних наслідків ішемічного інсульту належать:

- геміпарез або геміплегія [6, 29];
- порушення постурального контролю [17, 29];
- спастичність м'язів [20, 36];
- розлади координації рухів [39, 42];
- зниження здатності до довільної моторної активності [23, 29].

У жінок середнього віку ці порушення мають особливу значущість через необхідність швидкого відновлення побутової та соціальної активності [22, 38]. У цьому контексті ранній післягострий період є критичним етапом, коли визначається подальший рівень функціональної незалежності пацієнтки та ефективність реабілітаційного процесу [18, 33].

Саме тому сучасні підходи до ведення пацієнтів з ішемічним інсультом базуються на ранньому початку фізичної терапії, спрямованої на активацію нейропластичності, профілактику ускладнень та відновлення функціональної активності [32, 35, 45].

1.2. Актуальність та соціальна значущість фізичної терапії у післягострому періоді

Актуальність розробки та впровадження ефективних програм фізичної терапії для жінок середнього віку обумовлена сучасною тенденцією до зростання частоти та “омолодження” судинних захворювань головного мозку, зокрема ішемічного інсульту [1, 28]. Епідеміологічні дані свідчать про поступове збільшення частки осіб працездатного віку серед загальної кількості пацієнтів з інсультом, що підкреслює значущість проблеми не лише у медичному, але й у соціальному контексті [4, 28]. З огляду на те, що жінки

середнього віку складають активну частину соціуму та виконують значний обсяг професійних і сімейних обов'язків, втрата ними працездатності внаслідок інсульту має суттєві соціально-економічні наслідки [22, 38]. Післягострий період є вирішальним для проведення інтенсивних реабілітаційних заходів, оскільки саме в цей час закладається підґрунтя для максимального відновлення побутової незалежності та повернення до соціального життя [9, 33, 45]. Своєчасна та науково обґрунтована фізична терапія дозволяє значно знизити рівень довготривалої інвалідизації та покращити якість життя пацієнток [13, 35].

Представниці жіночої статі середньої вікової категорії зазвичай займають ключові соціальні позиції, гармонійно поєднуючи кар'єрну реалізацію з обов'язками щодо забезпечення життєдіяльності родини, виховання нащадків та опіки над старшим поколінням [22, 38]. З огляду на це, виникнення інсульту у даної групи пацієнток провокує масштабний деструктивний вплив на соціально-економічну стабільність мікросоціуму [1, 28].

Насамперед негативні наслідки проявляються у раптовому припиненні професійних доходів та вимушеному виділенні значних коштів на забезпечення спеціалізованого догляду. Це створює критичне фінансове напруження для сім'ї, оскільки витрати на реабілітацію та сторонню допомогу поєднуються з втратою основного фінансового ресурсу, який раніше забезпечувала жінка [9, 45]. Своєчасна фізична терапія у післягострому періоді є економічно виправданою стратегією, оскільки сприяє швидшому поверненню пацієнток до трудової діяльності та зменшує потребу в тривалій соціальній підтримці [13, 33, 35].

З клінічної точки зору доведено, що жінки, які перенесли інсульт, мають вираженіший ступінь функціональної дефіцитарності та залежності від сторонньої допомоги порівняно з чоловіками тієї ж вікової групи [22, 38]. У даної категорії пацієнток суттєво частіше діагностуються прояви

післяінсультної депресії, що стає серйозним бар'єром для формування стійкої мотивації до занять та негативно позначається на загальних темпах регресу неврологічної симптоматики [30]. До того ж, прогностичні дані щодо відновлення автономності у побуті та навичок самообслуговування у жінок є менш оптимістичними, що зумовлює критичну потребу у невідкладному та інтенсивному реабілітаційному супроводі [33, 38].

Післягострий період, що триває від 14 діб до пів року з моменту судинної катастрофи, розглядається як стратегічне вікно для відновлення, оскільки саме в цей час спостерігається пік активності компенсаторних ресурсів мозку [7, 35]. Процеси нейропластичності, зокрема активний синаптогенез (створення нових нейронних мереж) та функціональна перебудова кори головного мозку, створюють необхідні умови для реставрації втрачених локомоторних і когнітивних функцій [32].

Брак вчасної, доказової та адекватної за навантаженням фізичної терапії на цьому етапі загрожує стійкою фіксацією патологічних рухових стереотипів, розвитком м'язово-суглобових контрактур та поглибленням психоемоційної нестабільності [23, 39]. Такі ускладнення створюють додаткові перешкоди для подальшої curaції пацієнток і значно нівелюють кінцевий реабілітаційний результат [13, 45].

1.3. Сучасні концепції реабілітації: мультидисциплінарність та Міжнародна класифікація функціонування (МКФ)

Новітня парадигма нейрореабілітації базується на відмові від пасивних лікувальних стратегій на користь активного, функціонально спрямованого відновлення. Такий підхід передбачає інтенсивну залученість пацієнта до свідомої рухової активності та систематичне формування нових моторних стереотипів [23, 39].

Мультидисциплінарний підхід. Якість та результативність відновлення осіб після ішемічного ураження мозку безпосередньо залежать від

координованої діяльності мультидисциплінарної команди (МДК), що забезпечує всебічний вплив на різні домени життєдіяльності [9, 33, 45].

Для жінок середньої вікової групи склад такої групи фахівців має вирішальне значення, оскільки дозволяє одночасно корегувати руховий дефіцит, когнітивні розлади та складні психоемоційні стани [22, 38]. До складу команди входять:

- *Фізичний терапевт*, чийі зусилля зосереджені на реставрації локомоторних функцій, постуральної стабільності, координації рухів та відновленні навичок безпечного пересування [3, 6, 21].
- *Ерготерапевт*, який відповідає за адаптацію жінки до звичного побутового ритму, розвиток маніпулятивної функції рук та тренування навичок самообслуговування (ADL), що є критично важливим для відновлення професійного статусу та соціальних ролей [38, 41].
- *Психолог або психотерапевт*, який працює над стабілізацією емоційного фону, подоланням тривожності та депресивних епізодів, які у жінок середнього спостерігаються майже у кожному другому випадку та можуть суттєво гальмувати прогрес відновлення [30].
- *Терапевт мови та мовлення*, який спеціалізується на подоланні афазії, дизартрії та інших розладів комунікації, забезпечуючи повноцінне мовленнєве спілкування [32].

Роль МКФ у плануванні фізичної терапії. Впровадження положень Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) у реабілітаційну практику забезпечує системну структурування відновного процесу та дозволяє комплексно аналізувати стан здоров'я пацієнтки на декількох взаємопов'язаних рівнях [2, 8, 44].

У межах реалізації програми фізичної терапії критичне значення мають три ключові аспекти аналізу стану пацієнтки:

- *Домен функцій та структур організму* - зосереджений на ідентифікації та корекції фізіологічних дефіцитів, таких як зниження м'язової сили,

патологічні зміни м'язового тону (спастичність), а також обмеження амплітуди рухів у суглобах [5, 20].

■ *Домен активності* - спрямований на відновлення спроможності пацієнтки самостійно виконувати щоденні завдання, зокрема пересування, маніпуляції з предметами, одягання та заходи особистої гігієни [38, 41].

■ *Домен участі* - фокусується на соціальній інтеграції, що передбачає повноцінне повернення жінки до виконання професійних обов'язків, громадського життя та звичних соціальних взаємодій [3, 45].

У межах такого підходу реабілітаційний прогноз та короткострокові цілі для жінок середнього віку мають бути максимально конкретизованими, досяжними та функціонально спрямованими. Для об'єктивізації результатів обов'язковим є застосування валідизованого інструментарію оцінювання, зокрема шкали рівноваги Берга [17], індексу Бартел [16] та мобільного індексу Рівермід [24]. Це дозволяє не лише відстежувати динаміку відновлення, а й вчасно коригувати тактику терапевтичного втручання [12, 42].

1.4. Методологічні засади та технології фізичної терапії у післягострому періоді

Система фізичної терапії виступає фундаментальним інструментом у процесі реставрації рухової сфери після ішемічного ураження мозку. Її ефективність базується на неухильному дотриманні принципів систематичності, адекватної інтенсивності навантажень та цілеспрямованості (специфічності) тренувальних впливів [33, 35].

Нейрофізіологічні підходи. Для подолання наслідків моторного дефіциту у жінок середньої вікової категорії найвищу доказову цінність мають сучасні нейрофізіологічні стратегії, в основі яких лежить цілеспрямована стимуляція нейропластичності [32, 39].

■ *Методика PNF (Пропріоцептивна нейром'язова фасилітація)* базується на інтенсивному впливі на пропріоцептивні рецептори через застосування складних діагонально-спіральних траєкторій руху [14]. Такий підхід дає змогу залучати до роботи функціонально ослаблені сегменти м'язів, використовуючи цілісні кінематичні ланцюги та механізм іррадіації збудження [39].

■ *Бобат-концепція (Нейророзвиткова терапія)* орієнтована на оптимізацію рухової активності шляхом придушення (інгібіції) патологічних постуральних рефлексів та спастичності за одночасної фасилітації фізіологічно правильних рухів [19, 36]. Пріоритетним завданням у межах цієї концепції є забезпечення динамічної стабільності корпусу та тазового поясу, що створює необхідний базис для відновлення локомоції та маніпулятивної функції рук [23, 39].

Сучасні технології та інноваційні методи. Новітній етап розвитку нейрореабілітації характеризується впровадженням функціонально спрямованих та науково обґрунтованих технологій, що прискорюють регенерацію рухових можливостей [33, 35]. Найбільш ефективними методами у роботі з жінками після ішемічного інсульту є:

■ *Task-oriented training (тренування, орієнтоване на конкретні завдання)* базується на багаторазовому відпрацюванні реальних маніпуляцій, що мають практичне значення у побуті (наприклад, приготування їжі або користування ключами). Такий підхід стимулює нейропластичність через надання рухам чіткого змісту та функціональної мети [23, 25].

■ *Constraint-Induced Movement Therapy (CIMT — терапія примусового використання)* полягає у високоінтенсивному тренуванні паретичної руки за умови механічного обмеження активності здорової кінцівки. Ця методика дозволяє ефективно долати стан «завченого невикористання» та значно розширює функціональний діапазон ураженої сторони [40, 43].

■ *Mirror Therapy* (дзеркальна терапія) використовує механізми зорової ілюзії, де пацієнтка спостерігає за віддзеркаленням рухів здорової руки, сприймаючи їх як активність ураженої. Це активує систему дзеркальних нейронів у корі головного мозку, сприяючи відновленню цілісного моторного контролю [37].

■ *BWSTT* (*Body Weight Supported Treadmill Training* — локомоторне тренування на тредмілі з підтримкою ваги тіла) забезпечує можливість безпечного відпрацювання крокових рухів за умови часткового розвантаження маси тіла. Технологія дозволяє формувати фізіологічно коректну біомеханіку ходьби на ранніх етапах, навіть за наявності глибоких парезів, а також підвищує кардіореспіраторну витривалість [21, 31].

Висновок до розділу 1

У ході аналізу науково-методичної літератури встановлено, що ішемічний інсульт - це гостре порушення мозкового кровообігу, що виникає внаслідок раптової недостатності кровопостачання певної ділянки головного мозку, що призводить до загибелі нервових клітин та появи вогнищового неврологічного дефіциту. Систематизація та критичний аналіз наукових праць дозволяють констатувати, що ішемічне ураження головного мозку у жінок середньої вікової категорії характеризується специфічною клінічною картиною. Вона значною мірою детермінована нейроендокринними перебудовами в організмі та особливим психоемоційним фоном, що вимагає персоналізованого підходу до відновлення.

Встановлено, що результативність фізичної терапії у післягострому періоді прямо залежить від дотримання принципів мультидисциплінарної командної взаємодії та забезпечення високої інтенсивності реабілітаційних заходів. Використання сучасного доказового інструментарію

нейрореабілітації, що базується на стимуляції механізмів нейропластичності, створює необхідні умови для оптимальної регенерації втрачених функцій.

Такий методологічний підхід дозволяє не лише мінімізувати наслідки неврологічного дефіциту, а й забезпечити повноцінну реінтеграцію пацієнток у соціальне та професійне середовище, що є пріоритетним завданням фізичної терапії для даної вікової групи.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи дослідження


Для досягнення поставленої мети та виконання завдань дослідження, а також з метою забезпечення об'єктивності результатів кваліфікаційної роботи, були застосовані такі методи дослідження:


1. *Аналіз та узагальнення науково-методичної літератури.* З метою ознайомлення досліджуваної проблематики було проведено аналіз наукової літератури. В ході пошуку інформації використовувались наступні бази дан: PEDro, PubMed, Google Scholar, Cochrane Library. За результатами аналізу науково-методичних джерел було сформульовано мету та завдання дослідження та розроблено його організаційну структуру.


2. *Клінічні методи (збір анамнезу).* Метод передбачав вивчення медичної документації пацієток (історій хвороб), збір скарг, аналіз анамнезу життя та захворювання. Особлива увага приділялася виявленню супутніх захворювань, оцінці факторів ризику та визначенню реабілітаційного потенціалу пацієток на момент госпіталізації.

3. *Клінічно-інструментальні методи оцінювання за доменами МКФ.* Для об'єктивізації стану пацієток та контролю ефективності впровадженої програми було використано комплекс стандартизованих тестів та шкал:

I. Оцінка функцій та структур організму:

 *Шкала Фугл-Мейєра (Fugl-Meyer Assessment):* для оцінки рухового відновлення, пропріоцепції та координації рухів;

 *Модифікована шкала Ашфорта (MAS):* для визначення ступеня спастичності та м'язового тону в уражених кінцівках;

 *Тест моторного контролю вертикалізації (Upright Motor Control Test):* для аналізу здатності контролювати положення тазостегнового, колінного та гомілковостопного суглобів під навантаженням.

II. Оцінка активності та участі:

🎬 *Індекс Бартел (Barthel Index):* для визначення рівня повсякденної активності та незалежності від сторонньої допомоги;

🎬 *Шкала Берга (Berg Balance Scale):* для оцінки статичної та динамічної рівноваги та ризику падінь;

🎬 *Рівермідський індекс мобільності (Rivermead Mobility Index):* для визначення функціональних можливостей пересування;

🎬 *Тест 10-метрової ходьби (10MWT):* для визначення швидкості ходьби на коротку відстань;

🎬 *Тест 6-хвилинної ходьби (6MWT):* для оцінки загальної функціональної витривалості організму;

🎬 *Тест «Встань та йди» (Timed Up and Go test, TUG):* для комплексної оцінки швидкості, рівноваги та мобільності.

4. *Кількісні та якісні методи статистичного аналізу.* Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням методів варіаційної статистики. Для кожного показника розраховувались середнє арифметичне значення (M) та середня квадратична помилка (m). Достовірність відмінностей між результатами до та після втручання визначалася за допомогою t-критерію Стьюдента (для параметричних даних) Розрахунки виконувались за допомогою програми Microsoft Excel.

Клінічно-інструментальні методи оцінювання за доменами МКФ.

Для проведення всебічного аналізу функціональних можливостей пацієнток, які перенесли ішемічний інсульт, було застосовано комплекс сучасних валідизованих клінічних шкал та спеціалізованих тестів. Дані інструменти є золотим стандартом у світовій практиці нейрореабілітації та фізичної терапії [5, 12]. Використання об'єктивних засобів вимірювання дало змогу не лише верифікувати глибину неврологічного дефіциту, а й кількісно оцінити рівень локомоторного потенціалу, забезпечуючи надійний моніторинг результативності терапевтичного втручання в динаміці [11, 42].

Методологія обстеження була структурована згідно з основними доменами Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ). Зокрема, оцінювання охоплювало рівні «функцій та структур організму», «активності» та «участі» [2, 8, 44]. Такий мультимодальний підхід дозволив системно проаналізувати стан здоров'я пацієнток, враховуючи як безпосередні біологічні наслідки судинної катастрофи, так і їхній вплив на повсякденну життєдіяльність [13, 45].

Комплексна діагностика дозволила детально охарактеризувати соматичний статус пацієнток, визначити ступінь їхньої автономності, спроможність до безпечного пересування та підтримання статичного й динамічного балансу [17, 24]. Отримані результати стали фундаментальною основою для розробки персоналізованої стратегії фізичної терапії, формулювання реабілітаційних завдань та прогнозування відновлення навичок самообслуговування [16, 35].

I. Модифікована шкала спастичності Ашфорта (Modified Ashworth Scale, MAS). Для кількісного аналізу м'язового тону та верифікації ступеня спастичності у пацієнток після ішемічного інсульту було використано Модифіковану шкалу Ашфорта (MAS). Даний інструмент дозволяє об'єктивізувати опір, що виникає у м'язах під час виконання пасивних рухів у суглобах уражених кінцівок [20, 36]. Популярність MAS у нейрореабілітаційній практиці зумовлена її валідованістю, легкістю у застосуванні та можливістю швидкої інтерпретації результатів [5, 11].

Розвиток спастичності є типовим наслідком пірамідної недостатності після інсульту, що суттєво деформує рухову стратегію пацієнтки та обмежує рівень її побутової автономії [26, 39]. Гіпертонус м'язів нерідко стає причиною закріплення патологічних синергій, виникнення больового синдрому, формування контрактур та дестабілізації постурального контролю. Саме тому моніторинг стану м'язового тону є критично важливим для корекції програми фізичної терапії [19, 42].

Оцінювання за MAS базується на шестирівневій системі градації (від 0 до 4 балів, включаючи показник 1+), що забезпечує точну диференціацію між легким, середнім та вираженим ступенем гіпертонусу (табл. 2.1.).

Клінічна цінність інструменту:

- Об'єктивізація інтенсивності спастичних проявів [10].
- Аналіз результативності реабілітаційних та антиспастичних заходів [35].
- Прогнозування темпів відновлення рухового контролю [33].
- Обґрунтування вибору конкретних технік фізичної терапії (позиціонування, розтягнення, фасилітація) [14, 45].

Таблиця 2.1.

Модифікована шкала спастичності Ашфорта (Modified Ashworth Scale, MAS)

Бал	Характеристика
0	Відсутність підвищеного м'язового тону
1	Незначне підвищення тону
1+	Мінімальний опір у кінці руху
2	Помірне підвищення тону
3	Виражене підвищення тону
4	Ригідність

II. Шкала рівноваги Берга (Berg Balance Scale, BBS). Для об'єктивного аналізу спроможності пацієнок утримувати статичну та динамічну стабільність було використано шкалу рівноваги Берга. Цей діагностичний інструментарій охоплює 14 специфічних функціональних тестів, які моделюють зміну положення тіла та виконання типових рухових завдань, характерних для повсякденної активності [5, 17].

Дефіцит постурального контролю після перенесеного ішемічного інсульту виступає одним із ключових бар'єрів для відновлення мобільності. Порушення балансу не лише обмежує рівень функціональної автономії

жінки, а й створює передумови для високого ризику падінь та травматизації [39, 42]. У зв'язку з цим прецизійна оцінка рівноваги є фундаментальним етапом для визначення ступеня безпеки під час пересування та обґрунтування індивідуального плану фізичної терапії [12, 45].




Система оцінювання передбачає нарахування балів за кожне завдання (від 0 до 4), де враховується рівень самостійності, стабільності та швидкість виконання маневру (таблиця 2.2.).

Таблиця 2.2.

Шкала рівноваги Берга (Berg Balance Scale, BBS)

Бал	Характеристика
0	Неможливо виконати
1	Виконання з максимальною допомогою
2	Виконання з помірною допомогою
3	Виконання з незначною допомогою або нестабільністю
4	Самостійне та стабільне виконання

Інтерпретація результатів:

-  41–56 балів — низький ризик падінь;
-  21–40 балів — помірний ризик падінь;
-  ≤ 20 балів — високий ризик падінь [16, 24].

III. Оцінювання моторного контролю вертикалізації (МКВ). Моторний контроль вертикалізації (МКВ) є комплексним показником, що відображає здатність пацієнтки утримувати динамічну рівновагу та стабільність тулуба під час переходу до вертикального положення [2, 6]. Для осіб, які перенесли ішемічний інсульт, аналіз МКВ має критичне значення, оскільки патологія часто супроводжується дефіцитом антигравітаційної витривалості, асиметрією розподілу ваги між ураженою та здоровою сторонами, а також дезорганізацією міжсегментарної координації [10, 11].

Верифікація рівня МКВ дозволяє об'єктивно оцінити функціональну готовність пацієнтки до початку локомоції, самостійного стояння та реалізації складних рухових патернів у побуті [33, 45].

Клінічна значущість параметрів МКВ:

- об'єктивізація ступеня постуральної стійкості у вертикальній позиції [39];

- аналіз якості контролю над проксимальними та дистальними ланками кінцівок;

- виявлення слабкості антигравітаційних м'язових груп;

- оцінювання спроможності до перенесення центру мас тіла;

- наукове обґрунтування вибору засобів і методів фізичної терапії [12, 14].

Компоненти діагностичного аналізу МКВ:

1. Контроль стегна та колінного суглоба. Даний параметр відображає здатність ураженої кінцівки виконувати опорну функцію. Під час обстеження фіксується стабільність розгинання у суглобах та ефективність антигравітаційної роботи м'язів-екстензорів [21]. Характерними ознаками порушень є мимовільне згинання в коліні («підкошування»), виражена нестабільність опори та компенсаторна асиметрія навантаження [2, 7].

2. Контроль стопи. У процесі оцінювання аналізується функціональний стан гомілковостопного суглоба, зокрема спроможність до дозованої дорзифлексії та плантарфлексії [10]. Типові дефіцити включають еквінусну установку стопи (відвисання), нестабільність опорної реакції та труднощі з адекватним перенесенням ваги під час підготовки до кроку [11, 26].

Методологія та оцінювання. Діагностична процедура проводиться під час виконання пацієнткою наступних рухових актів:

- перехід із позиції сидячи у положення стоячи;

- статичне утримання вертикальної пози;

- активне перенесення маси тіла у фронтальній та сагітальній площинах;
- фаза ініціації кроку [17, 31].

Інтерпретація результатів. Високі показники за системою МКВ корелюють із кращим рівнем пропріоцептивного контролю, стабільністю вертикалізації та вищим ступенем загальної функціональної незалежності [16, 35].

Результати оцінювання МКВ є базою для визначення безпечних етапів вертикалізації, точного дозування фізичних навантажень та підбору специфічних вправ для тренування постурального балансу [3, 9].

IV. Шкала Бартел (Barthel Index). Це фундаментальний стандартизований інструментарій для об'єктивізації рівня автономності пацієнтки у повсякденному житті. Ця діагностична система, розроблена D. Barthel та F. Mahoney, дозволяє провести кількісний аналіз спроможності людини до самостійного виконання базових побутових операцій та заходів самообслуговування [7, 16].

У практиці нейрореабілітації дана шкала є незамінною для верифікації ступеня потреби пацієнтки у сторонній підтримці. Отримані дані слугують надійним індикатором ефективності проведених реабілітаційних заходів та дозволяють відстежувати прогрес відновлення функціональної незалежності після судинної катастрофи [1, 13].

Сумарний показник за індексом Бартел варіюється від 0 до 100 балів, де нижчі значення свідчать про критичне обмеження життєдіяльності (табл. 2.3.).

Таблиця 2.3.

Інтерпретація результатів шкали Бартел (Barthel Index)

Бал	Рівень функціональної залежності
0-20	Повна залежність
21-60	Виражена залежність

61-90	Помірна залежність
91-99	Незначна залежність
100	Повна функціональна незалежність

Діагностика за індексом Бартел базується на аналізі 10 ключових доменів життєдіяльності, що охоплюють контроль фізіологічних відправлень, гігієнічні навички, прийом їжі, одягання та мобільність (переміщення в ліжку та пересування) [12, 38]. Результати тестування дозволяють фахівцю з фізичної терапії чітко визначити пріоритетні напрямки реабілітації, зосередивши зусилля на найбільш дефіцитних аспектах побутової активності пацієнтки [33, 45].

V. Індекс мобільності Рівермід (Rivermead Mobility Index, RMI). Цей індекс виступає універсальним клінічним критерієм для верифікації рівня локомоторної активності у пацієток, які проходять реабілітацію після церебрального інсульту. Даний інструментарій, створений фахівцями реабілітаційного центру Рівермід, фокусується на оцінюванні спроможності до пересування та загальної рухливості людини в просторі [24, 33].

Завдання використання індексу:

- об'єктивізація актуального рівня мобільності пацієнтки;
- аналіз темпів регресу рухових порушень у динаміці;
- наукове обґрунтування та корекція персоналізованого плану фізичної терапії [12];
- контроль результативності відновлювальних втручань на різних етапах курації [45].

Методика RMI включає 15 ієрархічно вибудованих запитань та функціональних проб, що охоплюють широкий спектр локомоторних навичок: від елементарної рухливості у межах ліжка до здатності до інтенсивного бігу [7, 35].

Протокол оцінювання: Діагностика базується на бінарному принципі оцінки відповідей пацієнтки або результатів виконання нею тестів:

■ 0 балів - завдання не реалізоване або потребує допомоги сторонніх осіб;

■ 1 бал - пацієнтка виконує дію повністю автономно. Граничне значення шкали - 15 балів (табл. 2.4.).

Таблиця 2.4

Інтерпретація результатів індексу мобільності Рівермід (Rivermead Mobility Index, RMI)

Бал	Рівень мобільності
0-3	Тяжкі порушення
4-7	Виражені порушення
8-11	Помірні порушення
12-14	Незначні порушення
15	Повна мобільність

Впровадження Rivermead Mobility Index у процес обстеження забезпечує можливість прецизійного аналізу функціонального статусу пацієнтки, визначення її потенціалу до незалежного пересування та об'єктивну оцінку якості реабілітаційного процесу у післягострому періоді [24, 42].

VI. Тест 10-метрової ходьби (10-Meter Walk Test, 10MWT). Він є визнаним у міжнародній практиці клінічним інструментом для об'єктивного вимірювання швидкості пересування пацієнтів. У нейрореабілітації темп ходьби розглядається як інтегральний показник функціональної мобільності, що відображає загальний рівень рухового контролю та енергоефективності локомоції [21, 31, 42].

Мета проведення діагностики:

- оцінювання реальної здатності пацієнтки до пересування у просторі;
- визначення ступеня функціональної автономії [16];
- спостереження за прогресом відновлення моторних навичок протягом курсу фізичної терапії [33];
- прогнозування потенціалу соціальної реінтеграції та побутової адаптації жінки [35, 45].

Протокол виконання тесту:

1. На рівній поверхні розмічається траса довжиною 10 метрів.
2. Пацієнтка долає дистанцію у комфортному або максимально швидкому темпі.
3. Фахівець фіксує час проходження 10-метрового відрізка за допомогою секундоміра.
4. Обчислюється середня швидкість руху, виражена у метрах за секунду (м/с) (табл. 2.5.).

Таблиця 2.5.

Інтерпретація результатів тесту 10-метрової ходьби (10-Meter Walk Test, 10MWT)

Швидкість ходьби	Функціональний рівень
<0,4 м/с	Обмежена домашня мобільність
0,4–0,8 м/с	Обмежена громадська мобільність
>0,8 м/с	Повноцінна громадська мобільність
≥1,2 м/с	Нормальна швидкість ходьби для здорових дорослих

Переваги методики 10MWT:

- мінімальні вимоги до обладнання та оперативність проведення;
- висока відтворюваність та міждослідницька надійність результатів [12];
- наявність чітких кількісних параметрів для статистичного аналізу;
- висока чутливість до позитивних змін у стані пацієнтки під впливом фізичної терапії [31, 33].

VII. Тест 6-хвилинної ходьби (6-Minute Walk Test, 6MWT). Тест 6-хвилинної ходьби є визнаним субмаксимальним функціональним навантажувальним тестом, який використовується для об'єктивізації загальної витривалості та толерантності організму до фізичних зусиль. У практиці нейрореабілітації цей метод дозволяє оцінити інтегральну відповідь серцево-судинної, дихальної та нервово-м'язової систем на тривале локомоторне навантаження [21, 31, 35]. Методологія проведення дослідження базується на клінічних рекомендаціях Американського торакального товариства (ATS) [12].

Мета:

- комплексна оцінка аеробної витривалості пацієнтки [33];
- визначення індивідуального порогу функціональних можливостей;
- моніторинг результативності програм фізичної терапії у динаміці [45];
- прогнозування здатності пацієнтки до тривалих фізичних навантажень у побутових та соціальних умовах.

Протокол проведення обстеження:

1. Для тестування підбирається рівна ділянка маршруту (зазвичай коридор) довжиною 30 метрів, вільна від перешкод.
2. Перед пацієнткою ставиться завдання подолати максимально можливу відстань протягом 6 хвилин, зберігаючи при цьому стабільний та безпечний для себе темп.
3. Протокол допускає короткочасні паузи для відпочинку (якщо виникає така потреба), проте відлік часу при цьому не припиняється.
4. Основним результатом тесту є загальний метраж пройденої дистанції.
5. Для забезпечення безпеки та глибшого аналізу функціонального стану проводиться моніторинг вітальних показників: частоти серцевих скорочень (ЧСС), сатурації, артеріального тиску, а також суб'єктивного відчуття задишки або втоми за шкалою Борга [31].

Клінічне значення. Отримані результати дозволяють фахівцю з фізичної терапії точно дозувати інтенсивність аеробних тренувань та оцінювати ризику при розширенні рухового режиму пацієнтки [9, 13] (табл. 2.6.).

Таблиця 2.6.

Оцінка результатів 6-хвилинного тесту ходьби (6-Minute Walk Test, 6MWT)

Пройдена дистанція	Інтерпретація
<300 м	Виражене зниження витривалості
300–450 м	Помірне зниження
>450–500 м	Задовільна функціональна витривалість
500–700 м	Норма для здорових дорослих

Переваги тесту: простота виконання, безпечність, висока клінічна інформативність, добра відтворюваність результатів.

VIII. Тест «Встань та йди» (Timed Up and Go, TUG). Тест Timed Up and Go (TUG) розглядається як високоефективний та оперативний метод оцінювання локомоторного статусу, статико-динамічного балансу та імовірності падінь. У нейрореабілітації цей інструмент здобув визнання як надійний засіб скринінгу функціональних можливостей пацієнток, дозволяючи в короткий термін отримати об'єктивну характеристику їхнього рухового контролю [11]. Методика, впроваджена D. Podsiadlo та S. Richardson, є вдосконаленою версією тесту «Get Up and Go» і широко застосовується для моніторингу стану осіб після судинних катастроф [11, 42].

Мета проведення дослідження: верифікація рівня функціональної мобільності в умовах, наближених до побутових; ідентифікація ризику травматизації внаслідок падінь [17]; аналіз ефективності поточної програми фізичної терапії в динаміці; об'єктивізація координаційних здібностей та якості виконання базових рухових переходів (вставання, повороти) [33, 45].

Протокол реалізації методики:

1. Початкове положення: пацієнтка сидить на стільці зі стандартною спинкою та підлокітниками.

2. Після звукового сигналу («Рушайте») пацієнтка виконує наступну послідовність дій:

 підводиться зі стільця;

 долає маршрут довжиною 3 метри у звичному для себе темпі;

 здійснює розворот навколо відмітки;

 повертається до стільця;

 знову займає положення сидячи.

3. Фахівець фіксує сумарний час, витрачений на виконання всього циклу рухів, за допомогою секундоміра.

4. Протокол допускає використання звичних для пацієнтки засобів опори (палиця, ходунки), що обов'язково фіксується у протоколі обстеження [12, 24] (табл. 2.7.).

Таблиця 2.7.

Інтерпретація результатів тесту «Встань та йди» (Timed Up and Go, TUG)

Час виконання	Оцінка мобільності
≤10 с	Високий рівень мобільності, відсутність обмежень у повсякденній діяльності.
11–20 с	Оптимальна мобільність, пацієнтка здатна до самостійного пересування на довгі дистанції
21–30 с	Наявність помірних порушень мобільності; пацієнтка потребує стороннього нагляду або допоміжних засобів.
>30 с	Виразений дефіцит мобільності високий ступінь залежності та значний ризик падінь [16, 31].

IX. Оцінка моторного відновлення за шкалою Фугла-Мейєра (FMA-UE).

Шкала Fugl-Meyer Assessment для верхньої кінцівки (FMA-UE) розглядається як «золотий стандарт» кількісної діагностики моторного дефіциту в

постінсультних хворих. Цей діагностичний комплекс, запропонований А. R. Fugl-Meyer у 1975 році, базується на нейрофізіологічній концепції послідовних стадій рухової реституції за С. Brunnstrom [12].

Максимально можливий результат за даною підшкалою становить 66 балів. Структура обстеження охоплює наступні домени:

- стан рефлекторної сфери;
- спроможність до виконання рухів у межах патологічних синергій;
- можливість реалізації ізольованих довільних рухових актів;
- функціональні можливості кисті (захоплення);
- швидкість та точність координації рухів [36, 42].

Аналіз кожної рухової операції проводиться за трирівневою системою градації:

- 0 балів - повна відсутність рухової активності;
- 1 бал - часткова реалізація заданої траєкторії руху;
- 2 бали - бездоганне та повне виконання рухового завдання.

Градація рівнів порушень за шкалою FMA-UE

Для глибшої інтерпретації функціональних можливостей верхньої кінцівки та класифікації ступеня рухового дефіциту використовується наступна розподільча шкала балів (табл. 2.8.)

Таблиця 2.8.

Оцінка моторного відновлення за шкалою Фугла-Мейєра (FMA-UE)

Сумарний бал (0-66)	Ступінь рухових порушень	Клінічна характеристика
0-25	Дуже тяжкий	Майже повна відсутність довільних рухів; виражена залежність від сторонньої допомоги.
26-45	Тяжкий	Наявність базових синергій, проте виражені труднощі з ізольованими рухами та маніпуляціями кисті.

Продовження таблиці 2.8.

Сумарний бал (0-66)	Ступінь рухових порушень	Клінічна характеристика
46-58	Помірний	Пацієнтка здатна виконувати більшість ізольованих рухів, проте наявні порушення швидкості, точності та сили.
59 - 65	Легкий	Незначний дефіцит координації або дрібної моторики; високий рівень самостійності.
66	Норма	Повне відновлення рухових функцій верхньої кінцівки відповідно до фізіологічних стандартів.

2.2. Організація дослідження

Дослідження проводилося на базі КНП “Міська багатoproфільна лікарня 18”, в терміни з січня по березень 2026 року.

Проведення дослідження було структуровано та реалізовано у послідовні етапи. У дослідженні взяли участь 20 пацієнток середнього віку ,які перебували на післягострому етапі реабілітації після ішемічного інсульту. Учасниці були розподілені на дві групи: основну (10 осіб) та контрольну (10 осіб). Пацієнтки контрольної групи проходили стандартний курс реабілітації, передбачений протоколом медичної установи. Для пацієнток основної групи було впроваджено індивідуалізовану програму фізичної терапії, що включала інтенсивні функціональні тренування, методики нейрофасилітації та вправи на відновлення моторного контролю (тривалістю 180 хвилин щодня протягом 30 днів).

Усі учасниці дослідження були детально ознайомлені з метою та змістом програми реабілітації, після чого надали письмову та усну

інформовану згоду на участь. Обов'язковою умовою залучення до наукової роботи було власноручне підписання форми згоди та самостійне заповнення наданих анкет. Дослідження проводилося з суворим дотриманням етичних принципів Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації та чинного законодавства України, зокрема Закону «Основи законодавства України про охорону здоров'я», щодо дотримання морально-етичних норм під час медичних досліджень за участю людей.

На завершальному етапі дослідження здійснювалася систематизація та статистична обробка емпіричних даних, отриманих у процесі проведення дослідження. На підставі цих даних були сформульовані науково обґрунтовані висновки, визначено практичну значущість проведеної роботи та впроваджено удосконалену програму фізичної реабілітації. Отримані результати узагальнено у завершеному тексті кваліфікаційної роботи, а їх апробацію здійснено шляхом публікації однієї наукової статті, тез та однієї доповіді.

Висновок до розділу 2

1. Для забезпечення високого рівня об'єктивності, доказовості та всебічного аналізу стану пацієнток було сформовано мультимодальний комплекс методів дослідження. Він включає аналіз науково-методичної літератури (бази PEDro, PubMed, Google Scholar), клінічні методи (збір анамнезу, аналіз медичних карт), кількісні інструментальні тести за доменами МКФ та методи математичної статистики з використанням Microsoft Excel.

2. Методологія обстеження повністю інтегрована у концепцію Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ). Рівень «функцій та структур організму» оцінювався за шкалою MAS, тестом Фугл-Мейєра (FMA-UE) та тестом моторного контролю вертикалізації (UMCT). Рівень «активності та участі»

досліджувався за допомогою індексу Бартел, шкали Берга (BBS), індексу Рівермід (RMI), а також часових та навантажувальних тестів (10MWT, 6MWT, TUG), що дозволяє комплексно оцінити як руховий дефіцит, так і якість життя пацієнток.

3. Емпіричне дослідження організовано на базі КНП «Міська багатoproфільна лікарня № 18» м. Харкова у період з січня по березень 2026 року і реалізовано у чотири послідовні етапи: теоретико-методологічний, організаційно-діагностичний, практично-впроваджувальний та узагальнювально-впроваджувальний.

4. Сформовано репрезентативну вибірку з 20 пацієнток середнього віку після ішемічного інсульту, розподілених на дві рівні групи: основну (10 осіб), де застосовувалася розроблена інтенсивна програма фізичної терапії (180 хв/день протягом 30 днів), та контрольну (10 осіб), що отримувала стандартні реабілітаційні заходи медичної установи. Дослідження проведено з суворим дотриманням принципів біоетики та Гельсінської декларації за умови отримання добровільної інформованої згоди від усіх учасниць.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Аналіз результатів первинного обстеження пацієнтів у після гострому етапі реабілітації після перенесеного ішемічного інсульту

Формування основної та контрольної груп проводилося на основі результатів паралельного педагогічного дослідження. Дослідження проводилося на базі Комунального некомерційного підприємства «Міської багатопрофільної лікарні № 18» Харківської міської ради. У дослідженні брало участь 20 людей, середній вік пацієнток становить 66 років, після перенесеного ішемічного інсульту. Під час обстеження було виявлено супутні захворювання: у 100% обстежених гіпертонічної хвороби, а у 40% - цукрового діабету. Досліджуваних було поділено на дві рівнозначні групи: основну (10 осіб) та контрольну (10 осіб). З метою фіксації результатів було створено медичну карту, що містила показники оцінювальних шкал, застосованих у ході дослідження (додаток В, Г). Дослідження проводилося протягом лютого по березень 2026 року. Програма реабілітації проводилася щоденно, як для контрольної так і основної груп. Заняття тривало 60 хвилин в контрольній, та 120 хвилин в основній.

Перед розробленням програми фізичної терапії було сформовано категоріальний профіль відповідно до Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), який охоплював домени структур і функцій організму, активності та участі.

В основну групу було включено 10 пацієнтів із діагнозом гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) по ішемічному типу, які мали

супутні захворювання, зокрема: гіпертонічну хворобу, цукровий діабет 2 типу, бронхіальну астму, сечокам'яну хворобу (у стадії ремісії), хронічний гастрит, ішемічну хворобу серця, ожиріння II ступеня, еутиреоз.

До контрольної групи також увійшли 10 пацієнтів із діагнозом ГПМК по ішемічному типу, які мали супутні захворювання, зокрема: гіпертонічну хворобу, цукровий діабет 2 типу, фібриляцію передсердь (персистуюча форма), сечокам'яну хворобу (у стадії ремісії), ожиріння II ступеня, хронічну серцеву недостатність II функціонального класу, діабетичну полінейропатію, хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) II ступеня, остеоартроз колінних суглобів, хронічний гастрит (у стадії ремісії).

Оцінка функцій та структур організму (МКФ: b, s)

Для визначення рівня функціональних порушень було використано такі методики:

- шкалу спастичності Ашворта;
- оцінку моторного контролю вертикалізації (згинання\розгинання);
- шкалу рівноваги Берга
- тест Fugl-Meyer для верхньої кінцівки

Під час проведенні первинного обстеження середнє значення за шкалою спастичності Ашворта в основній групі становив $2,6 \pm 0,16$ бала, тоді як у контрольній групі - $2,4 \pm 0,16$ бала, що свідчить про помірно виражене підвищення м'язового тону в обох групах. Розраховане значення t-критерію ($t_p = 0,91$) виявилось нижчим за критичне ($t_{кр} = 2,10$), це свідчить про відсутність значущих міжгрупових відмінностей (рис. 3.1.).

За результатами оцінки моторного контролю вертикалізації середній показник для стегна та коліна в основній групі становив $5,7 \pm 0,14$ (бала), тоді як у контрольній групі - $5,7 \pm 0,15$ бала. Водночас, показник моторного контролю вертикалізації стопи в основній групі становив $3,6 \pm 0,16$ бала, у

контрольній групі - $3,7 \pm 0,21$ бала. Значення t-критерію для показників стегна та коліна ($t_p = 0,35$), а для стопи ($t_p = 0,15$), свідчать про відсутність статистично значущих відмінностей між групами за обома параметрами (рис. 3.1).

За результатами оцінки рівноваги за шкалою Берга середній показник в основній групі становив $32,4 \pm 0,96$ бала, тоді як у контрольній групі - $32 \pm 0,71$ бала, що вказує на зниження постурального контролю та підвищений ризик падінь у пацієнтів в обох груп. При цьому статистично значущих відмінностей між групами не виявлено (рис. 3.1).

За результатами первинного обстеження середній показник за тестом Fugl–Meuer для верхньої кінцівки в основній групі становив $24,9 \pm 0,67$ бала, тоді як у контрольній групі - $24,3 \pm 0,78$ балів, що вказує на помірні порушення моторної функції верхньої кінцівки. Розраховане значення t-критерію ($t_p = 0,58$) також виявилось нижчим за критичне ($t_{кр} = 2,10$), це свідчить про відсутність значущих міжгрупових відмінностей (рис. 3.1.).



Рис. 3.1. Середні показники оцінки функцій та структур організму

Оцінка активності (МКФ: d)

Для визначення рівня активності та самостійності пацієнтів було використано:

- індекс мобільності Рівермід;
- індекс Бартел.

За результатами дослідження середній показник індексу мобільності Рівермід в основній групі становив $7,1 \pm 0,23$ бала, тоді як у контрольній групі - $6,8 \pm 0,24$ бала, що свідчить про помірні обмеження самостійної мобільності. Проведений статистичний розрахунок показав, що розраховане значення t-критерію ($t_p = 0,9$) менше ніж критичне ($t_{кр} = 2,10$), це свідчить про відсутність значущих міжгрупових відмінностей (рис. 3.2.).

Середній показник індексу Бартел в основній групі становив $53 \pm 1,33$ бала, у контрольній групі - $54,5 \pm 1,38$ бала, що характеризує помірну залежність пацієнтів від сторонньої допомоги під час виконання повсякденних активностей. Дані також свідчать про те, що різниці у середніх показниках статистично не має $t_p < t_{кр}$ (рис. 3.2.).

Основна група и Контрольна група

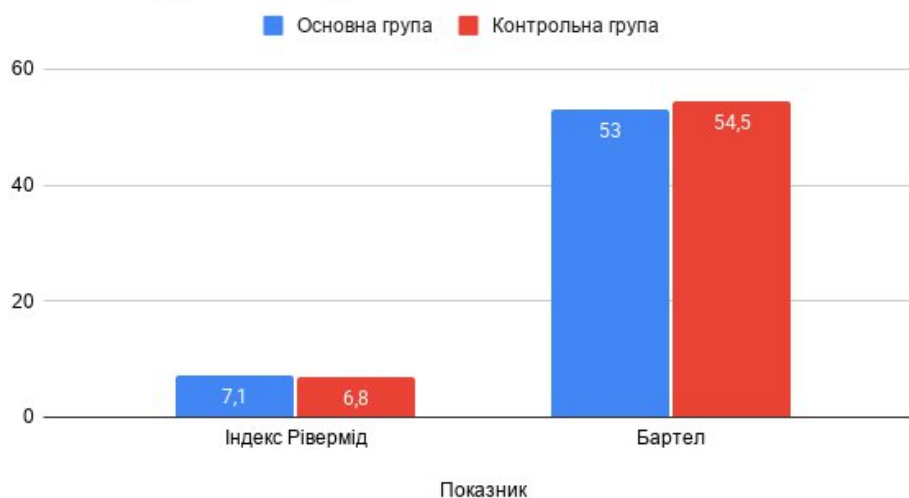


Рис. 3.2. Середні показники на рівні активності

Оцінка участі (МКФ: d)

Для визначення рівня участі пацієнтів у пересуванні та повсякденній діяльності були застосовані такі тести:

- 10-метровий тест ходьби;
- шестихвилинний тест ходьби;
- тест «Встань та йди» (Timed Up and Go test).

За результатами 10-метрового тесту ходьби середній час подолання дистанції в основній групі становив $22,5 \pm 0,5$ с, тоді як у контрольній групі - $23,1 \pm 0,67$ с, що свідчить на знижену швидкість пересування в обох групах. Статистичний аналіз показав, що розраховане значення t-критерію ($t_p = 0,72$) є меншим за критичне ($t_{кр} = 2,10$), що вказує на відсутність статистично значущих міжгрупових відмінностей (рис. 3.3).

Аналіз результатів тесту «Встань та йди» продемонстрував, що середній показник в основній групі становив $20,5 \pm 0,42$ с, у контрольній групі - $20,9 \pm 0,6$ с. Отримані дані свідчать про порушення динамічної рівноваги та підвищений ризик падінь у обох групах. Водночас статистично значущих відмінностей між групами не виявлено ($t_p < t_{кр}$) (рис. 3.3).

Результати шестихвилинного тесту ходьби продемонстрували зниження толерантності до фізичного навантаження: середня дистанція, пройдена пацієнтами основної групи, становила $233,2 \pm 3,2$ м, тоді як у контрольній групі - $236,4 \pm 3,7$ м. Статистичний аналіз також не виявив значущих міжгрупових відмінностей ($t_p = 0,65 < t_{кр} = 2,10$).



Рис.3.3. Середні значення на рівні участі

3.2. Комплексна програма фізичної терапії для пацієнок основної групи

Розробка індивідуалізованої програми фізичної терапії та ерготерапії для жінок середнього віку (середній вік — 66 років) у гострому та підгострому періодах ішемічного інсульту базувалася на результатах комплексного обстеження, викладених у другому розділі.

На основі результатів первинного обстеження (середній бал за шкалою Берга - 32,2; індекс Бартел - 53,5; спастичність - 2-3 бали), метою програми є відновлення рухової активності, покращення мобільності та підвищення рівня самостійності жінок середнього віку в побуті.

На основі отриманих результатів первинного обстеження та виявлених дефіцитів, було сформульовано стратегічні завдання фізичної терапії. Особлива увага приділялася специфіці контингенту - жінкам середнього віку, для яких відновлення соціальної ролі та побутової активності є пріоритетним [16, 33].

1. Корекція м'язового тону та менеджмент спастичності

Враховуючи, що у пацієнток основної групи середній показник за модифікованою шкалою Ашворта становив 2-3 бали, критичним завданням стало зниження патологічного опору в м'язах-згиначах руки та розгиначах ноги.

- Впровадження методик лікування положенням (позиціонування) для запобігання формуванню стійких контрактур [14, 20].
- Застосування технік м'якої мобілізації та розтягнення для інгібіції гіпертонусу та полегшення ініціації довільного руху [36].

2. Формування статико-динамічної стабільності та профілактика травматизму

Високий ризик падінь (низькі бали за шкалою Берга) зумовив необхідність фокусування на постуральному контролі:

- Тренування пропріоцептивної стійкості тулуба в різних положеннях (сидячи/стоячи) [17, 39].
- Навчання контрольованому перенесенню ваги тіла на паретичну сторону для вирівнювання асиметрії навантаження [5, 42].
- Психологічна адаптація та подолання когнітивного страху перед падінням під час активності [24].

3. Реедукація ходьби та інтенсифікація локомоторного темпу

Зафіксований під час 10-метрового тесту середній час проходження дистанції (25,4 с) свідчить про суттєве зниження швидкості ходьби, що відповідає рівню обмеженої домашньої мобільності.

- Завдання спрямовані на відновлення фізіологічної симетрії кроку та покращення біомеханіки пересування [21, 31].
- Розширення аеробної толерантності (за даними 6MWT) для забезпечення можливості тривалого пересування без сторонньої допомоги [45].

4. Максимізація функціональної автономії у побуті

Для жінок середнього віку рівень незалежності за індексом Бартел безпосередньо корелює з якістю життя.

- Відновлення маніпулятивної спроможності кисті (дрібної моторики) для виконання гігієнічних та домашніх процедур [32, 38].
- Адаптація рухових навичок до виконання звичних сімейних та соціальних обов'язків [13, 16].

Методологічним фундаментом розробленої програми стали актуальні клінічні настанови АНА/ААА (American Heart Association/American Stroke Association) та фундаментальна концепція нейропластичності. Відповідно до цих принципів, функціональна реституція базується на високоінтенсивному навчанні та багаторазовому повторенні цілеспрямованих рухових завдань [12, 32].

Програма реалізовувалася в умовах стаціонарного реабілітаційного відділення протягом 30-денного курсу. Ключовою особливістю методики є її висока інтенсивність: сумарний обсяг активних втручань становив 180 хвилин (3 години) щоденно. Такий підхід узгоджується з принципами доказової реабілітації, де доведено пряму кореляцію між обсягом тренувань та темпами нейромоторного відновлення [31, 45].

Враховання коморбідного фону пацієнок з огляду на віковий ценз (середній вік - 66 років) та наявність супутніх патологій (100% - гіпертонічна хвороба, 40% - цукровий діабет), структура навантаження була адаптована для запобігання перевтомі. 3-годинний щоденний цикл було розділено на три автономні модулі по 60 хвилин:

- *Ранковий модуль (09:00 - 10:00):* Нейромоторна фасилітація (PNF-техніки, Бобат-терапія). Основна мета - підготовка опорно-рухового апарату та інгібіція спастичності.
- *Денний модуль (11:30 - 12:30):* Локомоторний тренінг та вправи на постуральний баланс. Фокус на відновленні біомеханіки ходьби та стабільності [17, 39].

■ *Післяобідній модуль (15:00 - 16:00):* Функціональна ерготерапія та ADL-тренінг (Activities of Daily Living). Відпрацювання навичок самообслуговування в реальних побутових умовах [13, 16].

Цільові орієнтири програми за доменами МКФ:

1. На рівні функцій: нормалізація м'язового тону, стимуляція селективних рухів у паретичних кінцівках [20].
2. На рівні активності: досягнення симетрії при вставанні, покращення показників мобільності (за тестами TUG, 6MWT) та маніпулятивної здатності кисті [31].
3. На рівні участі: вихід на максимально можливий рівень побутової автономії згідно з індексом Бартел [7].

Для оцінки ефективності втручань протягом 30 днів стаціонарного етапу реалізація програми була поділена на три логічні фази: Адаптаційну, Функціональну та Адаптивну.

Блок I: Нейромоторна фасилітація та корекція тону (60 хв)

Цей блок виконується фізичним терапевтом у першій половині дня. Його мета - «підготувати» нервову систему та опорно-руховий апарат до активних рухів шляхом інгібіції патологічних рефлексів та стимуляції правильних рухових патернів. [12, 20].

- Методика Бобат (30 хв): Спрямована на інгібіцію спастичності (яка на старті дослідження в ОГ становила 2,6 бала за MAS). Застосовувалися рефлекс-інгібуючі позиції для пригнічення тонічних лабіринтних рефлексів та специфічні техніки мобілізації ключового поясу (лопатки) і тазу. Це закладає фундамент для стабілізації тулуба та проксимальних сегментів[36].

- Методика PNF (20 хв): Застосування діагональних патернів руху, що активують м'язові ланцюги. Для жінок середнього віку акцент робився на патернах розгинання та відведення плеча, щоб протидіяти типовій постінсультній позі (приведення руки та згинання ліктя)[14, 42].

- Дзеркальна терапія (10 хв): Початковий етап активації нейропластичності через зорову ілюзію руху паретичної руки, що готує пацієнтку до блоку ерготерапії [32].

Блок II: Локомоторний тренінг та відновлення балансу (60 хв)

Другий блок є найбільш енерговитратним і спрямований на відновлення мобільності, що оцінюється тестами TUG, 6MWT та шкалою Берга[17,31].

- Тренування постурального контролю (20 хв): Вправи на перенесення ваги тіла у положенні стоячи, вправи на балансувальних подушках та тренування захисних реакцій (крок убік, крок назад) [39].

- Ходовий тренінг (30 хв): Проводиться у паралельних брусах або з використанням допоміжних засобів (тростини). Використовується методика «завдань-орієнтованого навчання» - переступання через перешкоди, зміна темпу ходьби, повороти на 180 та 360 градусів [21].

- Тренування витривалості (10 хв): Дозована ходьба в коридорі з постійним контролем показників АТ та ЧСС, що важливо для пацієток з супутньою гіпертонією [9, 13].

Блок III: Функціональна ерготерапія та ADL-тренінг (60 хв)

Проводиться ерготерапевтом у другій половині дня. Мета - інтеграція відновлених рухів у повсякденну активність (підвищення Індексу Бартел)[7, 16].

- Тренування маніпуляційної функції (25 хв): Використання спеціальних наборів (Putty, бізіборди, конуси) для відновлення сили захвату та точності рухів пальців (за шкалою Фугл-Мейера) [32, 38].

- ADL-тренінг (Activities of Daily Living) (25 хв): Відпрацювання життєво важливих навичок - самостійне одягання (послідовність дій), використання столових приборів, догляд за обличчям та волоссям [13].

- Побутова адаптація (10 хв): Консультування пацієнтки щодо ергономіки простору вдома та підбір допоміжних засобів (наприклад, подовжувачі для взування або спеціальні ручки для посуду) [11, 45].

Методика виконання вправ для основної групи

Для досягнення мети реабілітації нами було розроблено детальний перелік вправ, що складають основу 3-годинного щоденного навантаження. Кожна вправа підбиралася з урахуванням вихідного дефіциту пацієнток та специфіки жіночого організму середнього віку.

Адаптаційна фаза (1-10 день) - 180 хв. Адаптаційна фаза є початковим та одним із ключових етапів реалізації розробленої програми фізичної терапії у післягострому періоді реабілітації пацієнток після ішемічного інсульту[7,10]. Тривалість даного етапу становила 10 днів і визначалася необхідністю поступового формування адаптаційних механізмів організму у відповідь на дозоване фізичне навантаження та нейромоторну активацію [32, 33].

Основною метою адаптаційної фази було забезпечення безпечного переходу пацієнток до активної реабілітаційної діяльності, стимуляція відновлення рухового контролю та підготовка організму до подальших більш інтенсивних етапів фізичної терапії [6, 23].

Клінічні та реабілітаційні завдання даної фази включали:

- нейрофізіологічні завдання - зменшення проявів патологічних рухових синергій, стимуляцію пропріоцептивної чутливості, активацію довільних ізольованих рухів у паретичних кінцівках, а також зниження патологічного м'язового тонузу із проведенням контролю за показниками модифікованої шкали Ашфорта (MAS) [14, 19, 20];

- соматичні та біомеханічні завдання - поступову адаптацію серцево-судинної, дихальної та ендокринної систем до тривалого дозованого навантаження [15, 18], відновлення стабілізаційної функції м'язів тулуба [25],

формування контролю положення тіла та підготовку до безпечної вертикалізації відповідно до показників шкали Берга та тесту UMST [12, 39];

- психоемоційні завдання - зниження рівня кінезіофобії, подолання страху перед руховою активністю та ризиком падіння, підвищення мотивації пацієнток до участі у реабілітаційному процесі та адаптацію до нового режиму фізичної активності [2, 44].

Таблиця 3.1.

Основна група - Ранковий блок (нейромоторна фасилітація)

Блок	Вправи	Методичні вказівки	Мета
Інгібування спастичності 30хв	Антиспастичне позиціонування	Контроль положення кінцівок	Зниження тонусу
	Тривале розтягнення	30-60сек	Релаксація м'язів
	Ротація тулуба	Повільно	Інгібування спастичності
Моторний контроль 30хв	PNF-патерни(верхня кінцівка)	З допомогою фізичного терапевта	Відновлення рухів
	Селективні рухи(плече,лікоть)	Повільно	Контроль руху
	Активні рухи кисті	6-10 повторень	Дрібна моторика

Таблиця 3.2.

Денний блок (баланс та ходьба)

Блок\час	Вправи	Методичні вказівки	Мета
Баланс(сидячи) 15хв	Утримання рівноваги	Без опори	Контроль тулуба
	Досягання предметів	У різні сторони	Координація
Вертикалізація 15хв	Вставання з допомогою	Через опору	Навчання руху
	Стояння	Під контролем	Адаптація

Блок\час	Вправи	Методичні вказівки	Мета
Ходьба 20хв	Ходьба з підтримкою	Паралельні бруси	Відновлення ходьби
	Перенесення ваги	На паретичну ногу	Симетрія
	Імітація кроку	Повільно	Патерн ходи
Витривалість 10хв	Дозована ходьба	3 паузами	Толерантність

Таблиця 3.3.

Післяобідній блок (ерготерапія)

Блок	Вправи	Методичні вказівки	Мета
ADL-тренінг 25хв	Імітація одягання	Поетапно	Самообслуговування
	Використання чашки\ложки	Контроль руху	Побутові навички
Функція кисті 20хв	Стискання м'яча	8-10 разів	Сила
	Захоплення предметів	Різні форми	Координація
	Перекладання предметів	Повільно	Точність
Когнітивно-моторні вправи 15хв	Завдання з предметами	Поєднання руху та мислення	Адаптація

Підсумок адаптаційного періоду для основної групи (1–10 день)

Упродовж адаптаційного періоду реабілітації основна увага була зосереджена на зниженні спастичності, відновленні базового моторного контролю, формуванні постуральної стабільності та підготовці пацієнтів до вертикалізації і початкової локомоції.

Застосування нейромоторних технік, зокрема позиціонування, пасивного розтягнення та елементів пропріоцептивної нейром'язової фасилітації, сприяло нормалізації м'язового тону та активації довільних

рухів уражених кінцівок. Вправи на стабілізацію тулуба забезпечили покращення контролю положення тіла, що є необхідною умовою для подальшого відновлення функціональної активності.

У ході денних занять відзначалося поступове формування навичок сидіння, стояння та перенесення ваги, що дозволило підготувати пацієнтів до початкових етапів ходьби. Виконання вправ у паралельних брусах та імітація крокових рухів сприяли формуванню базового патерну ходьби та зменшенню асиметрії рухів.

Післяобідній блок, спрямований на відновлення функції верхньої кінцівки та навичок самообслуговування, забезпечив покращення дрібної моторики, координації та поступове підвищення рівня функціональної незалежності пацієнтів.

Таким чином, упродовж перших 10 днів реабілітації було створено необхідну функціональну базу для переходу до наступного — функціонального етапу відновлення, що передбачає активне тренування ходьби, рівноваги та побутової самостійності.

Методика виконання вправ для контрольної групи

На відміну від основної групи, де впроваджувався розроблений нами тригодинний інтенсивний комплекс, руховий режим пацієток контрольної групи відповідав загальноприйнятій практиці нейрореабілітаційного відділення стаціонару.

Щоденне рухове навантаження пацієток контрольної групи тривало загалом до 45–60 хвилин і складалося з традиційних засобів відновного лікування. Структура втручання була спрямована на загальне підтримання соматичного статусу, профілактику гіподинамічних ускладнень та стимуляцію базової локомоторної активності.

Клініко-методологічний зміст та характеристика адаптаційної фази для контрольної групи (1–10 день)

Адаптаційна фаза реабілітації пацієнток контрольної групи (КГ), яка охоплювала перші 10 днів стаціонарного відновлення, була спрямована на поступову адаптацію організму до рухової активності після перенесеного ішемічного інсульту [7]. Теоретичною основою даного етапу були принципи ранньої мобілізації, профілактики гіподинамічних ускладнень та забезпечення стабільного соматичного стану пацієнток у межах стандартного медикаментозно-реабілітаційного супроводу [6, 11].

Організація фізичної терапії у контрольній групі відрізнялася від програми основної групи меншою інтенсивністю навантаження. Загальна тривалість щоденного заняття фізичною терапією становила 45 хвилин, проводилася в межах одного сеансу, переважно у положенні лежачи на ліжку або кушетці, та мала щадний характер [9, 13].

1. Клінічні та реабілітаційні завдання адаптаційної фази в КГ

Загальносоматичні та профілактичні завдання були спрямовані на покращення легеневої вентиляції, профілактику застійних явищ у дихальній системі та помірну стимуляцію гемодинаміки [15]. Важливим аспектом також було запобігання розвитку ранніх гіподинамічних ускладнень, зокрема тромбоутворення та пролежнів [18].

Нейромоторні та біомеханічні завдання передбачали зниження рефлекторної збудливості та помірне інгібування спастичності шляхом використання лікування положенням [19]. Значна увага приділялася підтриманню фізіологічного обсягу рухів у суглобах уражених кінцівок і профілактиці розвитку контрактур [20, 36].

Постуральні та функціональні завдання включали навчання елементарним переміщенням у межах ліжка, зокрема поворотам та перевертанням, а також початкову адаптацію вестибулярного апарату до короткотривалого утримання симетричного положення тіла з підтримкою [17, 25].

2. Особливості реалізації рухового режиму в контрольній групі (КГ). Відповідно до клінічного протоколу структура щоденного 45-хвилинного заняття для пацієнок контрольної групи упродовж перших 10 днів реабілітації включала п'ять основних блоків.

Блок розминки (10 хв) проводився у вихідному положенні лежачи. Пацієнтки виконували 5-6 циклів дихальних вправ у повільному темпі, що сприяло стабілізації дихальної функції [15]. Після цього виконувалися пасивні рухи у великих суглобах уражених кінцівок (6–8 повторень). Усі рухи здійснювалися плавно та в межах безболісної амплітуди для підтримання еластичності м'язово-зв'язкового апарату [6].

Блок зниження спастичності (10 хв) включав застосування антиспастичного позиціонування тривалістю 2-3 хвилини з фіксацією кінцівок у фізіологічно правильному положенні, протилежному патологічним синергіям Верніке–Манна [19]. Додатково використовувався повільний пасивний стретчинг окремих м'язових груп (4 підходи по 20-30 секунд), що сприяло зниженню м'язового тону та профілактиці контрактур [20].

Блок відновлення рухів (15-20 хв) був спрямований на активацію довільної рухової діяльності. Виконувалися пасивно-активні рухи (6-8 повторень), під час яких фізичний терапевт забезпечував значну мануальну підтримку та контроль траєкторії руху [23]. Для стимуляції м'язової активності застосовувалися ізометричні вправи (5-6 підходів із утриманням напруження протягом 3-5 секунд). Особлива увага приділялася уникненню затримки дихання під час виконання вправ для профілактики коливань артеріального тиску [15, 29].

Блок положення тіла / мобільності (10 хв) був спрямований на формування базових навичок переміщення у ліжку. Пацієнтки виконували перевертання з боку на бік (4-6 повторень) за допомогою фізичного терапевта або медичного персоналу [24]. Також проводилося тренування утримання симетричного положення тіла у ліжку (сидячи з піднятим головним кінцем

або з опорою на подушки) протягом 20-30 секунд у 3 підходах, що сприяло ортостатичній адаптації та покращенню контролю тулуба (таблиця 3.4.) [17].

Таблиця 3.4.

Програма фізичної терапії для контрольної групи

Адаптаційна фаза (1-10 день) – 45 хв

Блок\час	Вправи	Дозування	Методичні вказівки	Мета
Розминка 10хв	Дихальні вправи лежачі	5-6 циклів	Повільно	Активація
	Пасивні рухи у суглобах	6-8 разів	Без болю	Рухливість
Зниження спастичності 10хв	Позиціонування	2-3 хв	Антиспастичні пози	Зниження спастичності
	Розтягнення м'язів	20-30сек\4 підходи	Повільно	Профілактика контрактур
Відновлення рухів 15-20хв	Пасивно-активні рухи	6-8 разів	З допомогою	Активація
	Ізометричні вправи	3-5сек\5-6 підходів	Без затримки дихання	Зміцнення
Положення тіла 10хв	Перевертання	4-6 разів	З допомогою	Функція
	Утримання пози	20-30сек\ 3 підходи	Контроль	Адаптація
Завершення 5хв	Релаксація	3-5хв	Спокійно	Відновлення

Функціональна фаза

2. Особливості реалізації рухового режиму в основній групі

Функціональна фаза, яка тривала з 11 по 20 день реабілітаційного втручання, була основним етапом відновлення рухового потенціалу пацієнок основної групи (ОГ) [7]. Перехід до даного етапу став можливим після успішного завершення адаптаційного періоду, упродовж якого було досягнуто часткової нормалізації м'язового тону та сформовано базові передумови для підтримання ортостатичної стійкості [15, 19].

Основна концепція функціональної фази полягала у переході від пасивних і пасивно-активних рухів до виконання свідомих, контрольованих та функціонально спрямованих дій у просторі, що сприяло активації механізмів досвід-залежної нейропластичності центральної нервової системи [32, 33].

1. Клінічні та реабілітаційні завдання функціональної фази.
Нейромоторні та координаційні завдання були спрямовані на вдосконалення моторного контролю паретичних кінцівок шляхом використання ускладнених діагональних патернів PNF із поступовим зменшенням допомоги фізичного терапевта [14]. Значна увага приділялася розвитку селективних ізольованих рухів у суглобах, покращенню дрібної моторики та координації рухів кисті й пальців, що оцінювалося за шкалою Фугла-Мейєра [29, 43].

Постуральні та біомеханічні завдання включали формування стабільного постурального контролю, розвиток динамічної рівноваги у положенні сидячи та стоячи без додаткової підтримки [17]. Реабілітаційні заходи також були спрямовані на відновлення симетричного патерну ходьби, покращення перенесення маси тіла на уражену нижню кінцівку, подолання функціональних перешкод та збільшення кардіореспіраторної витривалості до локомоторних навантажень [15, 18, 34, 39].

Побутові та ерготерапевтичні завдання відповідали рівню «Активності» за МКФ та передбачали інтенсивне відновлення навичок повсякденної діяльності (ADL), самообслуговування та праксису. Пацієнтки відпрацьовували навички самостійного одягання, прийому їжі та виконання складних побутових дій, що сприяло підвищенню рівня функціональної незалежності за показниками індексу Бартел [16] та індексу мобільності Рівермід [24, 44].

Основна група – 11-20 день (табл. 3.5., 3.6., 3.7.)

Таблиця 3.5.

Ранковий блок – 60хв

Блок\час	Вправи	Дозування	Методичні вказівки	Мета
Нормалізація тонусу 10хв	Позиціонування	2-3хв	Контроль сегментів	Зниження спастичності
	Пасивні вправи	30-40сек\2-3 рази	Повільно	Підготовка до руху
Моторний контроль 25хв	PNF-патерни (верхня/нижня кінцівка)	8-10 разів	Менше допомоги	Координація рухів
	Активні рухи у суглобах	10-12 разів	Самостійно	Контроль
	Вправи для кисті(з предметами)	8-10 разів	Точність рухів	Дрібна моторика
Стабілізація тулуба 10хв	Утримання рівноваги без опори	45-60сек\4 підходи	Контроль корпусу	Баланс
	Перенесення ваги	10-12 разів	У різні боки	Стабільність
	Повороти тулуба з опором	8-10 разів	Повільно	Координація

Таблиця 3.6.

Денний блок – 60хв

Блок\час	Вправи	Дозування	Методичні вказівки	Мета
Баланс стоячи\сидячи 15хв	Утримання рівноваги	45-60сек\4 підходи	Без опори	Постуральний контроль
	Досягання предметів	8-10 разів	У різні сторони	Координація
Функціональні переходи 15 хв	Вставання без допомоги	6-8 разів	Контроль руху	Самостійність
	Напівприсід	6-8 разів	З опорою	Сила ніг
Ходьба 20хв	Ходьба з мінімальною підтримкою	10-15хв	Контроль симетрії	Відновлення ходи
	Ходьба з перешкодами	6-8 проходів	Малий крок	Координація
	Перенесення ваги	10-12 разів	На уражену сторону	Симетрія
Витривалість 10хв	Безперервна ходьба	3-5хв\2хв	Контроль ЧСС	Витривалість

Післяобідній блок(ерготерапія) – 60хв

Блок\час	Вправи	Дозування	Методичні вказівки	Мета
Функція кисті 20хв	Стискання м'яча	12-15 разів	З контролем	Сила
	Маніпуляції з предметами	8-10 разів	Різна форма	Координація
	Робота з дрібними предметами	6-8 разів	Точність	Моторика
ADL-тренинг 25хв	Одягання\роздягання	6-8 разів	Самостійно	Побут
	Прийом їжі	8-10 разів	Контроль руху	Незалежність
	Побутові дії(імітація)	6-8 разів	Безпечне виконання	Функція
Когнітивно-моторні 15хв	Завдання з предметами	8-10 разів	Поєднання руху і мислення	Адаптація

Підсумок функціонального періоду (11–20 день)

Упродовж функціонального періоду реабілітації основний акцент був спрямований на активне відновлення рухових функцій, покращення постурального контролю та формування навичок самостійного пересування.

Застосування активних вправ, елементів пропріоцептивної нейром'язової фасилітації та функціональних завдань сприяло підвищенню рівня моторного контролю, зменшенню проявів спастичності та покращенню координації рухів. Пацієнти демонстрували більш впевнене утримання положення сидячи та стоячи, а також покращення здатності до перенесення ваги на уражену кінцівку.

У процесі тренування ходьби спостерігалось поступове відновлення симетричності кроку, збільшення довжини кроку та зниження потреби в зовнішній підтримці. Виконання вправ із подоланням незначних перешкод та збільшення тривалості ходьби сприяло покращенню динамічної рівноваги та витривалості.

Післяобідні заняття, спрямовані на відновлення функції верхньої кінцівки та навичок самообслуговування, забезпечили покращення точності рухів, сили та координації кисті, що позитивно вплинуло на рівень функціональної незалежності пацієнтів.

Таким чином, упродовж 11–20 днів реабілітації відбулося суттєве покращення рухової активності, рівноваги та здатності до самостійного виконання повсякденних дій, що створило передумови для переходу до заключного — адаптивного етапу реабілітації.

Особливості реалізації рухового режиму в контрольній групі (КГ).

Відповідно до практичного протоколу для пацієнок контрольної групи у функціональному періоді проводилися щоденні 50-хвилинні заняття лікувальною гімнастикою, які мали структуровану чотирикомпонентну побудову.

Блок розминки (10 хв) включав виконання дихальних вправ у повільному темпі (6–8 циклів). Основним завданням даного етапу була активація кардіореспіраторної системи, покращення вентиляції легень та поступова підготовка організму пацієнок до подальшого фізичного навантаження [15].

Блок рухової терапії (15 хв) був спрямований на відновлення моторного контролю великих м'язових груп та покращення функції кисті. Пацієнтки виконували активні рухи у суглобах із повторенням 8–10 разів під візуальним контролем, що сприяло відновленню довільної рухової активності [6]. Для покращення функції дистальних відділів верхньої кінцівки використовувалися прості вправи для кисті (6–8 повторень), орієнтовані на відновлення базових хапальних рухів та сенсомоторної чутливості без застосування складних маніпулятивних елементів [40].

Блок тренування балансу (10 хв) був спрямований на розвиток постуральної стабільності та підтримання рівноваги. Програма включала вправи на утримання рівноваги у положенні сидячи та стоячи, а також

тривале стояння (3 підходи по 30–40 секунд). Особливістю проведення занять у контрольній групі було використання додаткової опори, зокрема поручнів, спинки стільця або шведської стінки, що забезпечувало безпечність виконання вправ, однак певною мірою обмежувало розвиток реактивного балансу та пропріоцептивного контролю [17, 39].

Блок ходьби (15 хв) передбачав відновлення базових локомоторних навичок. Пацієнтки виконували ходьбу з підтримкою тривалістю 5–7 хвилин за допомогою фізичного терапевта або медичного персоналу, а також вправи на імітацію крокових рухів у повільному темпі (6–8 повторень), що сприяло підтриманню та відновленню основних компонентів патерну ходьби [21, 34]. У даному періоді для пацієнток контрольної групи не застосовувалися складніші варіанти локомоторного тренування, зокрема подолання перешкод або виконання подвійних завдань під час ходьби (таблиця 3.8.).

Таблиця 3.8.

Програма фізичної терапії для контрольної групи (11-20 день)

Блок\час	Вправи	Дозування	Методичні вказівки	Мета
Розминка 10хв	Дихальні вправи	6-8 циклів	Повільно	Активація
Рухова терапія 15хв	Активні рухи	8-10 разів	З контролем	Відновлення
	Вправи для кисті	6-8 разів	Повільно	Моторика
Баланс 10хв	Утримання рівноваги	30-40сек\3 підходи	З опорою	Стабільність
	Стояння	30-40сек\3 підходи	З опорою	Стабільність
Ходьба 15хв	Ходьба з підтримкою	5-7хв	З допомогою	Локомоція
	Імітація кроку	6-6 разів	Повільно	Патерни

Клініко-методологічний зміст та характеристика заключної адаптаційної фази (21-30 день). Заключна адаптаційна фаза, яка проводилася у період з 21 по 30 день реабілітаційного циклу, була

завершальним та інтегративним етапом розробленої програми фізичної терапії для пацієток основної групи (ОГ) [7]. Даний етап характеризувався переходом від формування базових рухових навичок до забезпечення максимальної функціональної, побутової та соціальної самостійності пацієток [9, 33].

Нейрофізіологічною основою цієї фази було закріплення сформованих механізмів досвід-залежної нейропластичності, автоматизація рухових навичок та зниження потреби у постійному свідомому контролі за виконанням рухів. Важливим завданням також було подолання залишкових проявів кінезіофобії та вдосконалення складних локомоторних і координаційних патернів [15, 32].

1. Клінічні та реабілітаційні завдання заключної адаптаційної фази

Нейромоторні та координаційні завдання були спрямовані на закріплення та автоматизацію самостійного виконання діагональних патернів PNF [14]. У процесі реабілітації особлива увага приділялася підвищенню сили та витривалості паретичних м'язових груп у відкритих і закритих кінетичних ланцюгах, а також удосконаленню тонких диференційованих рухів кисті та пальців, що оцінювалося за шкалою Фугла–Мейєра [29, 43].

Постуральні та біомеханічні завдання передбачали досягнення максимального рівня статичної та динамічної рівноваги за шкалою Берга, у тому числі в умовах ускладненого сенсорного контролю [17]. Реабілітаційні заходи були спрямовані на повне відновлення фізіологічного патерну самостійної ходьби, покращення реактивного балансу під час зміни напрямку руху та подолання перешкод, а також оптимізацію кардіореспіраторної витривалості до тривалих циклічних навантажень [18, 21, 39].

Соціально-побутові завдання відповідали рівню «Участі» за МКФ та передбачали інтеграцію відновлених рухових функцій у повсякденну діяльність пацієток. Значна увага приділялася досягненню максимальної незалежності у самообслуговуванні, виконанні побутових дій та оперантної

діяльності, що сприяло покращенню показників індексу Бартел [16] та індексу мобільності Рівермід [24, 44].

Таблиця 3.9.

Основна група 21-30 60хв

Блок\час	Вправи	Дозування	Методичні вказівки	Мета
Підтримка тону 10хв	Розтягнення м'язів	30-45с\2-3	Без болю	Профілактика спастичності
	Активні рухи	10-12 разів	Самостійно	Підтримка функції
Складний моторний контроль 25хв	PNF-патерни (самостійно)	10-12 разів	Мінімальна допомога	Координація
	Вправи з опором(гумова стрічка)	8-10 разів	Дозовано	Сила
	Комбіновані рухи(нога+рука)	6-10 разів	Повільно	Узгодженість
Стабілізація тулуба 25хв	Утримання рівноваги	60сек\4 рази	Без опора	Баланс
	Перенесення ваги	10-12 разів	У різні сторони	Контроль
	Повороти тулуба	8-10 разів	Контрольовано	Координація

Таблиця 3.10.

Денний блок – 60 хв

Блок\час	Вправи	Дозування	Методичні вказівки	Мета
Динамічний баланс 15хв	Баланс без опори	60сек\3 підходи	Закриті\відкриті очі	Стійкість
	Досягання предметів	10-12 разів	У різні боки	Координація
Функціональні рухи 15хв	Вставання без допомоги Присідання	8-10 разів	Самостійно	Незалежність
		8-10 разів\3 підходи	Контроль колін	Сила

Продовження таблиці 3.10.

Блок\час	Вправи	Дозування	Методичні вказівки	Мета
Ходьба 20хв	Самостійна ходьба	15-20хв	Контроль темпу	Відновлення
	Ходьба з перешкодами	8-10 проходів	Конус\бар'єри	Координація
	Ходьба зі зміною напрямку	6-8 разів	Повороти	Дінаміка
Витривалість 10хв	Безперервна ходьба	5-7хв\2 рази	Контроль ЧСС	Витривалість

Таблиця 3.11.

Післяобідній блок – 60хв

Блок\час	Вправи	Дозування	Методичні вказівки	Мета
Функція кисті 20хв	Робота з дрібними предметами	10-12 разів	Висока точність	Моторика
	Стискання м'яча кожним пальцем	12-15 разів	Контроль сили	Сила
	Маніпуляції(кнопки, гудзики)	6-8 разів	Повільно	Координація
ADL-тренинг 25хв	Одягання(повністю)	8-10 разів	Самостійно	Незалежність
	Побутові дії	8-10 разів	Максимальна самостійність	Функція
	Перенесення предметів	6-8 разів	Безпечно	Адаптація
Когнітивно-моторні 15хв	Подвійні завдання(ходьба+рахунок)	8-10 разів	Увага	Інтеграція

Упродовж адаптивного періоду реабілітації основна увага була зосереджена на досягненні максимально можливого рівня функціональної незалежності пацієнтів, удосконаленні навичок самостійного пересування та інтеграції відновлених рухових функцій у повсякденну діяльність.

Застосування вправ підвищеної складності, зокрема тренування динамічної рівноваги, ходьби з подоланням перешкод та зміною напрямку руху, сприяло покращенню координації, стабільності та впевненості пацієнтів під час пересування. Спостерігалось збільшення швидкості ходьби, довжини кроку та витривалості, що підтверджує ефективність інтенсивного тренування локомоторних функцій.

Виконання функціональних вправ і завдань, наближених до реальних побутових ситуацій, забезпечило відновлення та закріплення навичок самообслуговування, включаючи одягання, прийом їжі та виконання домашніх дій. Покращення функції верхньої кінцівки проявлялося у підвищенні сили, точності та координації рухів кисті.

Залучення когнітивно-моторних завдань сприяло розвитку здатності до виконання подвійних дій, що є важливим компонентом безпечної та ефективної повсякденної активності.

Таким чином, упродовж 21–30 днів реабілітації було досягнуто суттєвого підвищення рівня функціональної незалежності, покращення якості ходьби та здатності пацієнтів до самостійного виконання повсякденних завдань, що свідчить про ефективність запропонованої програми фізичної терапії.

Особливості реалізації рухового режиму в контрольній групі (КГ).
Відповідно до практичного протоколу для пацієнок контрольної групи у функціональному періоді проводилися щоденні 50-хвилинні заняття лікувальною гімнастикою, які мали структуровану чотирикомпонентну побудову.

Блок розминки (10 хв) включав виконання дихальних вправ у повільному темпі (6-8 циклів). Основним завданням даного етапу була активація кардіореспіраторної системи, покращення вентиляції легень та поступова підготовка організму пацієток до подальшого фізичного навантаження [15].

Блок рухової терапії (15 хв) був спрямований на відновлення моторного контролю великих м'язових груп та покращення функції кисті. Пацієнтки виконували активні рухи у суглобах із повторенням 8-10 разів під візуальним контролем, що сприяло відновленню довільної рухової активності [6]. Для покращення функції дистальних відділів верхньої кінцівки використовувалися прості вправи для кисті (6-8 повторень), орієнтовані на відновлення базових хапальних рухів та сенсомоторної чутливості без застосування складних маніпулятивних елементів [40].

Блок тренування балансу (10 хв) був спрямований на розвиток постуральної стабільності та підтримання рівноваги. Програма включала вправи на утримання рівноваги у положенні сидячи та стоячи, а також тривале стояння (3 підходи по 30-40 секунд). Особливістю проведення занять у контрольній групі було використання додаткової опори, зокрема поручнів, спинки стільця або шведської стінки, що забезпечувало безпечність виконання вправ, однак певною мірою обмежувало розвиток реактивного балансу та пропріоцептивного контролю [17, 39].

Блок ходьби (15 хв) передбачав відновлення базових локомоторних навичок. Пацієнтки виконували ходьбу з підтримкою тривалістю 5-7 хвилин за допомогою фізичного терапевта або медичного персоналу, а також вправи на імітацію крокових рухів у повільному темпі (6-8 повторень), що сприяло підтриманню та відновленню основних компонентів патерну ходьби [21, 34]. У даному періоді для пацієток контрольної групи не застосовувалися складніші варіанти локомоторного тренування, зокрема подолання перешкод або виконання подвійних завдань під час ходьби.

Програма фізичної терапії для контрольної групи
Адаптивна фаза (21-30 день)

Блок\час	Вправи	Дозування	Методичні вказівки	Мета
Розминка 10хв	Дихальні вправи сидячи	6-8 циклів	Повільно	Активізація
	Активні рухи у суглобах	8-10 разів	Без перевтоми	Підготовка
Функціональні рухи	Вставання зі стільця	8-10 разів	З опорою на руки	Самостійність
	Перенесення ваги	8-10 разів	Під контролем	Баланс
	Дотягування до предметів	6-8 разів	У різні сторони	Координація
Баланс 10хв	Утримання рівноваги	40-60сек\3 підходи	З мінімальною опорою	Стабільність
	Повороти тулуба	6-8 разів	Повільно	Контроль
Ходьба 15хв	Ходьба у приміщенні	5-7хв	З допомогою\опорою, контроль ЧСС	Пересування
	Ходьба з поворотами	4-6хв	Повільно	Орієнтація
	Обхід предметів	4-6 підходів	Безпечно	Координація
Побутові навички ADL 5-7хв	Перенесення предметів	4-6 разів	Легка вага	Функція
	Імітація прийому їжі	6-8 разів	Контроль руху	Самообслуговування

Незважаючи на сталий 3-годинний щоденний обсяг реабілітаційних заходів для основної групи(ранковий, денний та післяобідній блоки по 60 хвилин), зміст фізичної терапії поступово змінювався відповідно до функціонального стану пацієнтів та етапу відновлення, що відображено у представлених таблицях.

1. Адаптаційний період (1-10 днів)

На даному етапі основний акцент (до 60% часу кожного заняття) приділявся вправам, спрямованим на зниження спастичності, відновлення базового моторного контролю та формування початкової постуральної стабільності.

У ранковому блоці переважали вправи у вихідних положеннях лежачи та сидячи: позиціонування (2-3 хв), розтягнення спастичних м'язів (30-45 с × 2-3 повторення), пасивно-активні рухи (6-8 разів), а також вправи для стабілізації тулуба (утримання рівноваги 20-40 с).

Денний блок включав початкову вертикалізацію, утримання рівноваги з опорою (20-40 с), перенесення ваги тіла (6-8 повторень), а також елементи імітації кроку та ходьбу з максимальною підтримкою.

У післяобідньому блоці виконувалися прості вправи для кисті (6-8 повторень) та базові елементи самообслуговування з допомогою.

Метою даного періоду була адаптація серцево-судинної системи до навантаження, зниження м'язового тону та підготовка пацієнтів до активної реабілітації.

2. Функціональний період (11-20 днів)

У цей період відзначалося збільшення частки активних вправ (до 60-70% часу), що відповідало вправам другого етапу, представленим у таблицях.

У ранковому блоці переважали активні та активно-асистовані рухи (8-12 повторень), PNF-патерни (8-10 повторень), а також вправи для стабілізації тулуба у положенні сидячи (30-60 с) та перенесення ваги (8-12 разів).

Денний блок був найбільш функціонально спрямованим і включав тренування рівноваги (30-60 с × 3-4 підходи), вставання зі стільця (6-8 повторень), ходьбу з мінімальною підтримкою (10-15 хв), а також вправи з обходженням перешкод, зміною напрямку та темпу руху.

У післяобідньому блоці виконувалися вправи для кисті (10-15 повторень), маніпуляції з предметами (8-10 разів) та тренування навичок самообслуговування (6-8 повторень).

Метою періоду було відновлення мобільності, формування правильного патерну ходьби та підвищення рівня самостійності пацієнтів.

3. Адаптивний період (21-30 днів)

На завершальному етапі програми основний акцент зміщувався на виконання функціонально орієнтованих вправ та досягнення максимальної незалежності пацієнтів.

У ранковому блоці виконувалися активні вправи та вправи з опором (8-10 повторень), складні координаційні рухи та стабілізація тулуба у положенні стоячи (до 60 с).

Денний блок включав самостійну ходьбу (15-20 хв), вправи з подоланням перешкод (8-10 проходів), повороти, зміну напрямку руху, а також тренування динамічної рівноваги.

У післяобідньому блоці відпрацьовувалися складні побутові навички: одягання, перенесення предметів, виконання домашніх дій (8-10 повторень), а також вправи для розвитку дрібної моторики та координації.

Метою даного періоду була інтеграція відновлених функцій у повсякденне життя, підвищення рівня функціональної незалежності та підготовка пацієнтів до виписки зі стаціонару.

3.3. Оцінка змін показників після застосування комплексної програми фізичної терапії(порівняльний аналіз результатів у динаміці)

При проведенні повторного дослідження оцінки функцій та структур організму в основній та контрольній групі було отримано такі дані. Після проведення реабілітаційних втручань у середніх показниках за шкалою спастичності Ашворта статистичної значущості не відмічалось, адже розраховане значення t-критерію ($t_p = 1,5$) виявилось нижчим за критичне ($t_{кр} = 2,10$). В основній групі на початку дослідження показник був $2,6 \pm 0,16$ бала, а тепер став $1,8 \pm 0,16$ бала. В контрольній групі зміни відбулись такі, на початку $2,4 \pm 0,16$ бала, а після 2 ± 0 бала (рис.3.4.).



Рис. 3.4. Повторне обстеження за шкалою Ашворта

За результатами оцінки моторного контролю вертикалізації середній показник для стегна та коліна на початку дослідження в основній групі становив $5,7 \pm 0,14$ (бала), тоді як після $7,4 \pm 0,16$ балів. В контрольній групі цей показник становить, до $3,7 \pm 0,21$ бала та після $6,4 \pm 0,16$ балів. В цьому випадку відмічається статистично значуща різниця між показникам, так $t_p =$

4,54 > $t_{кр} = 2,10$ (табл. 3.1.). аналогічна ситуація відбулась і у середньогрупових показників моторного контролю вертикалізації для стопи ($t_p > t_{кр}$).

При повторному обстеженні оцінки рівноваги за шкалою Берга середній показник в основній групі став $42,7 \pm 0,5$ бала, а в контрольній групі $36,5 \pm 0,34$ бала. Порівнюючі дані до та після впровадження реабілітаційних заходів, спостерігається статистично значуща різниця між показниками, $t_p = 9,68 > t_{кр} = 2,10$. На початку дослідження цей показник становив в основній групі 32,4 бали, це свідчило про зниження постурального контролю та підвищений ризик падінь, а після впровадження цей показник покращився та став 42,7 бала, це свідчить про покращення рівноваги, зниження ризику падінь та підвищення функціональної стабільності. В контрольній групі відбулись такі зміни, на початку він був 32 бали (це свідчить про порушення рівноваги та підвищений ризик падінь), а після 36,5 балів (це свідчить про помірне покращення постурального контролю, однак збереження ризику падінь) (рис. 3.5.).



Рис. 3.5. Повторне обстеження за шкалою Берга

За результатами повторного обстеження середній показник за тестом Fugl-Meyer для верхньої кінцівки в основній групі становить $34,2 \pm 0,55$, а в контрольній $29,9 \pm 0,5$. Розраховане значення t-критерію ($t_p = 5,81$) виявилось

більшим за критичне ($t_{кр} = 2,10$), це свідчить про значущі міжгрупові відмінності. Отримані дані свідчать про більш виражене відновлення моторної функції верхньої кінцівки у пацієнтів основної групи порівняно з контрольною. Зокрема, спостерігається покращення координації рухів, збільшення обсягу активних рухів та підвищення точності виконання функціональних завдань. Це підтверджує ефективність застосованої програми фізичної терапії, спрямованої на відновлення рухової функції верхньої кінцівки та покращення її використання у повсякденній діяльності (рис. 3.6.).

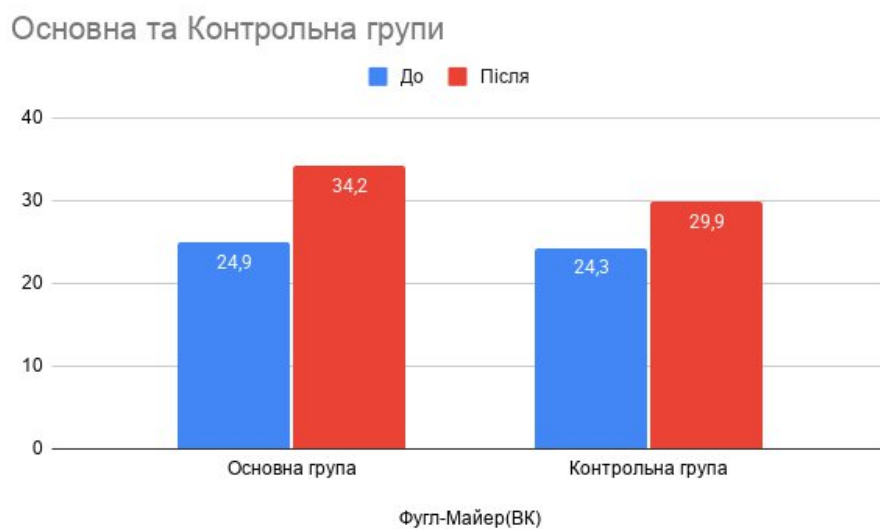


Рис.3.6. Повторне обстеження середній показник за тестом Fugl-Meyer для верхньої кінцівки

При повторному обстеженні показників на рівні активності були виявлені наступні зміни. За результатами дослідження середній показник індексу мобільності Рівермід в основній групі став $11 \pm 0,25$ бала, тоді як в контрольній - $8,9 \pm 0,23$ бала. Проведений статистичний розрахунок показав, що розраховане значення t-критерію ($t_p = 6,2$) більше ніж критичне ($t_{кр} = 2,10$), це свідчить про значущу різницю міжгрупових показників (табл або рис 3.7.). Порівнюючи показники до та після втручання, спостерігається тенденція до покращення, а саме у пацієнтів основної групи показник індексу мобільності Рівермід зріс із 7,1 до 11 балів, що свідчить про суттєве

покращення функціональної мобільності, зокрема здатності до самостійного пересування, виконання переходів (сидячи-стоячи) та зменшення залежності від сторонньої допомоги. У контрольній групі також відзначається покращення — з 6,8 до 8,9 бала, що свідчить про позитивну динаміку, однак менш виражену порівняно з основною групою.

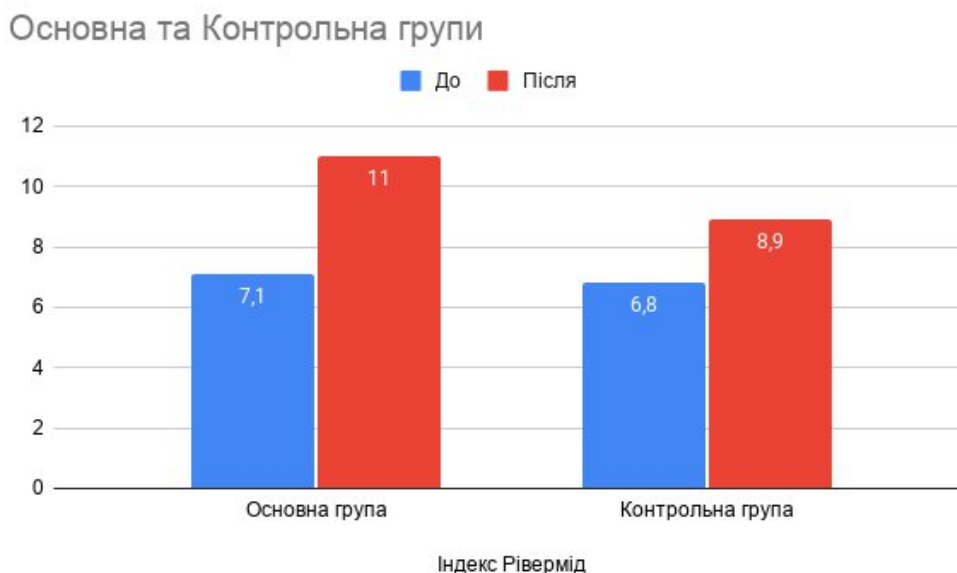


Рис.3.7. Повторне дослідження мобільності Рівермід

При проведенні повторного дослідження індексу Бартел, відмічається статистично значуща різниця між середньогруповими показниками ($t_p = 6,06$, а $t_{кр} = 2,10$). Середній показник індексу Бартел в основній групі до реабілітаційного втручання був 53 бали, після став 75 балів, це свідчить про суттєве підвищення рівня функціональної незалежності, зменшення потреби у сторонній допомозі та відновлення здатності до самообслуговування. В контрольній групі відбулись такі зміни, до втручання 54,5 балів, а після 64,5 балів. Це свідчить про помірне покращення функціонального стану та часткове підвищення самостійності, однак із збереженням залежності від сторонньої допомоги при виконанні повсякденних активностей (рис. 3.8.).

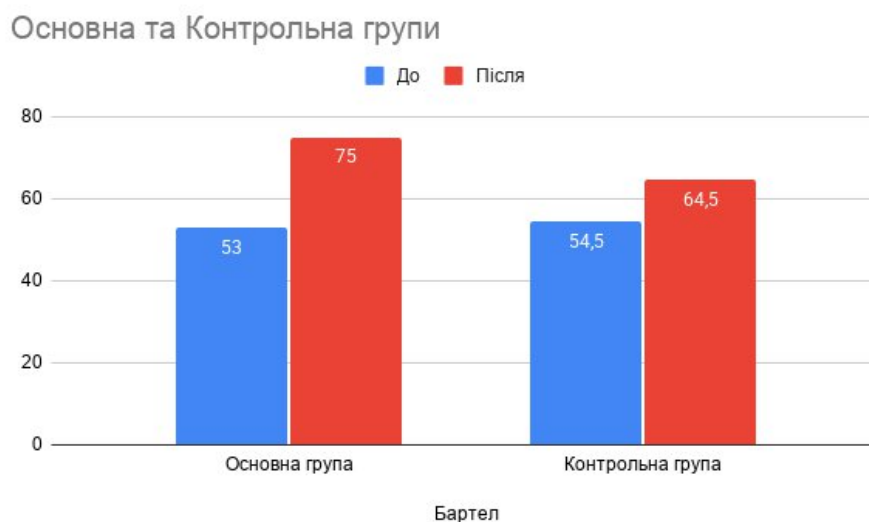


Рис.3.8. Повторне дослідження індексу Бартел

При повторному обстеженні на рівні участі середньогрупові показники статистично покращились. За результатами 10-метрового тесту ходьби середній час подолання дистанції в основній групі став $15,1 \pm 0,34$, а в контрольній $17,9 \pm 0,27$. Порівнюючи дані до та після втручання, спостерігається виражена позитивна динаміка в обох групах, що проявляється у зменшенні часу проходження дистанції. Так, у пацієнтів основної групи показник покращився з 22,5 с до 15,1 с, що свідчить про суттєве підвищення швидкості ходьби, покращення координації рухів та формування більш ефективного та симетричного патерну ходьби. У контрольній групі також відзначається позитивна динаміка - з 23,1 с до 17,9 с, однак покращення є менш вираженим. Статистичний аналіз показав, що розраховане значення t-критерію ($t_p = 6,5$) є більшим за критичне ($t_{кр} = 2,10$), що вказує на статистично значущу різницю показників (рис.3.9.).

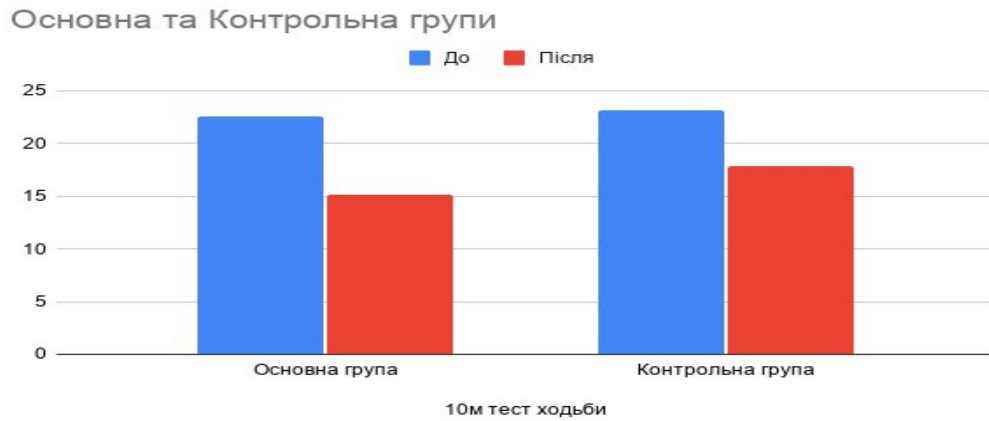


Рис. 3.9. Повторне обстеження на рівні участі (10-метрового тесту ходьби)

Аналіз результатів тесту «Встань та йди» продемонстрував, що середній показник в основній групі становив $14,7 \pm 0,3$ с, у контрольній групі - $15,9 \pm 0,27$ с. В цьому тесті також спостерігається статистично значуща різниця середньогрупових показників, $t_p = 3$) є більшим за критичне ($t_{кр} = 2,10$). Порівнюючи показники до та після втручання, відзначається позитивна динаміка в обох групах. Так, у пацієнтів основної групи час виконання тесту зменшився з 20,5 с до 14,7 с, що свідчить про покращення динамічної рівноваги, координації рухів та швидкості виконання функціональних переходів. У контрольній групі також спостерігається покращення - з 20,9 с до 15,9 с, однак воно є менш вираженим (рис.3.10.).

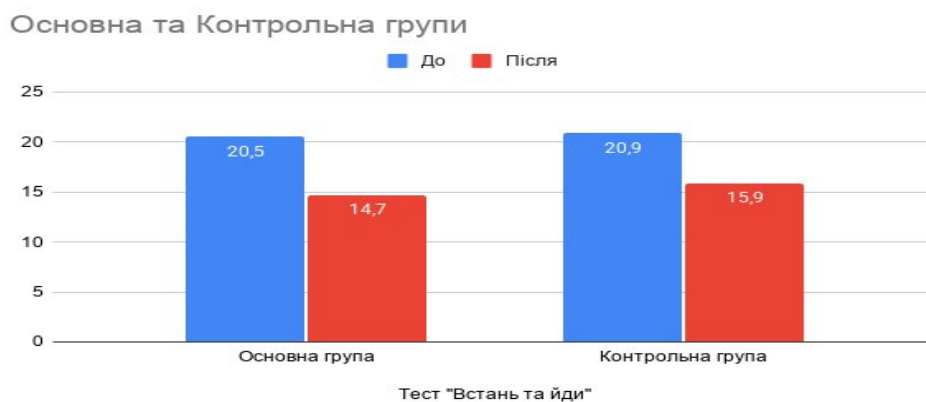


Рис.3.10. Повторне обстеження на рівні участі (тесту «Встань та йди»)

Результати шестихвилинного тесту ходьби в основній групі стали = $308 \pm 4,7$ м, а в контрольній групі $272 \pm 3,6$ м. Статистичний аналіз також виявив значущі міжгрупові відмінності ($t_p = 6,1 \geq t_{кр} = 2,10$). Порівнюючи показники до та після втручання, спостерігається виражена позитивна динаміка в обох групах. Так, у пацієнтів основної групи дистанція збільшилася з 233,2 м до 308 м, що свідчить про суттєве підвищення толерантності до фізичного навантаження, покращення витривалості та функціонального стану серцево-судинної системи.

У контрольній групі також відзначається позитивна динаміка - з 236,4 м до 272 м, однак приріст є менш вираженим (рис.3.11.).



Рис. 3.11. Повторне обстеження на рівні участі (6-хв. тест ходьби)

Висновок до 3 розділу

У ході первинного обстеження 20 пацієток середнього віку (середній вік — 66 років), які перебували у післягострому періоді ішемічного інсульту, було виявлено значні порушення функціонального стану, що обмежували їхню рухову активність та рівень самостійності у повсякденному житті.

Аналіз результатів клінічних шкал засвідчив наявність помірно вираженої спастичності м'язів (2,4–2,6 бала за шкалою Ашворта), порушень рівноваги та координації з високим ризиком падінь (32 бали за шкалою Берга), а також помірної залежності у виконанні побутових дій (53–54,5 бала за індексом Бартел). Отримані результати підтвердили необхідність застосування комплексної та індивідуалізованої програми фізичної терапії для даної категорії пацієнток. Проведений статистичний аналіз не виявив достовірних відмінностей між основною та контрольною групами на початковому етапі дослідження ($p > 0,05$), що свідчило про їх однорідність та забезпечувало об'єктивність подальшого порівняння результатів.

Запропонована програма фізичної терапії для пацієнток основної групи ґрунтувалася на принципах комплексності, послідовності, індивідуального підходу та достатньої інтенсивності реабілітаційного впливу. Тривалість щоденних занять становила 180 хвилин. Структура програми включала три блоки. Ранковий блок був спрямований на зниження м'язового тону, стимуляцію правильних рухових патернів та покращення нейром'язового контролю із використанням методик PNF і концепції Бобат. Денний блок передбачав проведення локомоторного тренування, вправ для розвитку статичної та динамічної рівноваги, координації рухів і фізичної витривалості. Післяобідній блок включав елементи функціональної ерготерапії, ADL-тренінгу та відпрацювання навичок самообслуговування, необхідних для підвищення рівня незалежності у побутовій діяльності. Під час реалізації програми враховувалися супутні захворювання пацієнток, зокрема гіпертонічна хвороба та цукровий діабет, що забезпечувалося шляхом індивідуального дозування фізичного навантаження та оптимального чергування активності й відпочинку.

Результати повторного обстеження після завершення 30-денного курсу фізичної терапії засвідчили статистично значущу ефективність розробленої програми порівняно зі стандартними реабілітаційними заходами ($p < 0,05$). У

пацієнок основної групи відзначалося більш виражене покращення показників мобільності: індекс Рівермід підвищився до 11 балів, тоді як у контрольній групі — до 8,9 бала, що свідчить про ефективніше відновлення здатності до пересування та виконання рухових дій.

Позитивні зміни спостерігалися також у показниках рівноваги та координації рухів. Значення за шкалою Берга в основній групі збільшилося до 42,7 бала, що характеризує суттєве зниження ризику падінь, покращення постурального контролю та підвищення впевненості пацієнок під час ходьби і зміни положення тіла. У контрольній групі динаміка була менш вираженою.

Важливим результатом проведеного дослідження стало підвищення рівня побутової незалежності у пацієнок основної групи. Показник за індексом Бартел зріс до 75 балів, що свідчить про покращення здатності до самообслуговування, виконання гігієнічних процедур, прийому їжі, пересування та інших повсякденних дій. У контрольній групі цей показник досяг лише 64,5 бала, що вказує на нижчу ефективність традиційної програми реабілітації.

Окрім цього, у пацієнок основної групи спостерігалось суттєве покращення швидкісних характеристик ходьби. Час проходження 10-метрового тесту скоротився з 22,5 с до 15,1 с, що свідчить про підвищення функціональної мобільності, координації рухів та фізичної витривалості.

Таким чином, результати дослідження підтвердили високу ефективність розробленої комплексної програми фізичної терапії для жінок середнього віку у післягострому періоді ішемічного інсульту. Застосування запропонованого підходу сприяло більш вираженому відновленню рухових функцій, покращенню рівноваги, зниженню ризику падінь, підвищенню рівня побутової незалежності та загальної якості життя пацієнок у порівнянні зі стандартною програмою реабілітації.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі подано теоретичне обґрунтування та практичне розв'язання важливого науково-прикладного завдання сучасної фізичної терапії, що полягає у підвищенні ефективності реабілітаційних заходів для жінок середнього віку в післягострому періоді ішемічного інсульту шляхом створення, клінічного обґрунтування та впровадження комплексної диференційованої програми фізичної терапії.

За результатами аналізу науково-методичних джерел і нормативно-правових документів встановлено, що ішемічний інсульт у жінок середнього віку характеризується вираженими руховими та координаційними порушеннями, які зумовлені особливостями гендерного перебігу захворювання, анатомо-фізіологічними факторами та наявністю супутніх патологій. Традиційні підходи до стаціонарної реабілітації, як правило, обмежуються невеликою тривалістю активного навантаження (приблизно 45–50 хвилин на добу) і не забезпечують достатнього рівня інтенсивності, необхідного для повноцінної побутової та когнітивно-рухової адаптації пацієнток. Це зумовлює потребу у впровадженні триваліших, структурованих програм із використанням сучасних концепцій нейрореабілітації.

На основі первинного комплексного обстеження пацієнток основної та контрольної груп, виконаного із застосуванням стандартизованих міжнародних інструментів оцінювання (Індекс Бартел, Рівермідський індекс мобільності, Шкала балансу Берга, шкала Фугл-Мейєра та модифікована шкала Ашворта), встановлено однорідний і виражений характер рухових порушень. У пацієнток обох груп виявлено геміпаретичні розлади, суттєве порушення постурального контролю, значне обмеження самостійного пересування та високий рівень залежності від сторонньої допомоги у повсякденній діяльності, що підтвердило необхідність цілеспрямованого реабілітаційного втручання.

Розроблено та теоретично обґрунтовано інноваційну програму фізичної терапії для пацієнток основної групи, побудовану відповідно до принципів Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ). Програма передбачала щоденне навантаження тривалістю 180 хвилин, розподілене на три функціональні 60-хвилинні блоки (ранковий, денний та післяобідній ерготерапевтичний), із детальним похвилинним плануванням вправ. Реабілітаційний процес реалізовувався поетапно через три фази: підготовчу (1–10 день), спрямовану на зменшення спастичності та виконання пасивних рухів; функціональну (11–20 день), орієнтовану на активізацію довільного моторного контролю; та заключну адаптаційну (21–30 день), метою якої було досягнення максимальної самостійності. Програма включала PNF-фасилітацію, елементи концепції Бобат, терапію індукованого обмеження руху (СІМТ), аеробний локомоторний тренінг та складні подвійні когнітивно-рухові завдання. У контрольній групі застосовувалася стандартна схема стаціонарної лікувальної гімнастики.

Порівняльний аналіз результатів повторного обстеження показав статистично більш виражену ефективність запропонованої програми порівняно зі стандартним підходом. У пацієнток основної групи відзначено суттєві позитивні зміни: відновлення ізольованих рухів пальців кисті та збільшення сили хвату, формування стабільного статичного і динамічного балансу, покращення параметрів ходи та автоматизацію навичок самообслуговування. Застосування поступового збільшення навантаження сприяло активації механізмів досвід-залежної нейропластичності, зменшенню проявів кінезіофобії та досягненню рівня повної побутової незалежності в умовах домашнього середовища.

Практична значущість роботи полягає в тому, що розроблена комплексна триблокова програма фізичної терапії є ефективним, безпечним і структуровано організованим інструментом нейрореабілітації. Запропонований протокол рекомендовано до впровадження в практику

реабілітаційних центрів, інсультних і неврологічних відділень закладів охорони здоров'я на післягострому етапі. Чітка організація та похвилинне планування засобів фізичної терапії й ерготерапії дозволяють оптимізувати роботу мультидисциплінарної команди та забезпечити прогнозований і послідовний процес відновлення життєдіяльності пацієнток.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Актуальність проблеми мозкового інсульту / Дані Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://health-ua.com/article/60091-nsult-yak-odin-z-najblshih--medikosotcalnih-viklikv-sogodennya> (дата звернення: 08.05.2026).
2. Бакалюк Т. Г., Стельмах Г. О., Макаруч Н. Р. Застосування міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я в реабілітаційній практиці. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2019. № 3. С. 166–169.
3. Вакуленко Л. О., Клапчук В. В. Основи реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії : підруч. для студентів першого рівня вищої освіти: галузь знань 22 «Охорона здоров'я», спец. 227 «Фізична терапія, ерготерапія». Тернопіль : Тернопільський держ. мед. ун-т ім. І. Я. Горбачевського : Укрмедкнига, 2019. 372 с.
4. Інсульт: інформація для всіх, кого це стосується / Д. В. Гуляєв та ін. Київ : Вид. Гуляєв Д. В., 2017. 66 с.
5. Кальонова І. В., Богдановська Н. В. Реабілітаційна діагностика в неврології : навч. посіб. для здобувачів ступеня вищої освіти магістра спец. «Фізична терапія, ерготерапія». Суми : Університетська книга, 2023. 178 с.
6. Фізична терапія в нейрореабілітації : навч. посіб. для викл. / О. А. Козьолкін та ін. Запоріжжя : Запорізький держ. мед. ун-т, 2020. 234 с.
7. Ішемічний інсульт: уніфікований клінічний протокол медичної допомоги / Міністерство охорони здоров'я України. Київ : МОЗ України, 2021. 96 с.
8. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23 трав. 2018 р. № 981. URL: https://moz.gov.ua/uploads/2/11374-9898_dn_20181221_2449.pdf (дата звернення: 08.05.2026).

9. Реабілітаційна допомога у сфері охорони здоров'я / Національна служба здоров'я України. Київ : Національна служба здоров'я України, 2023. 74 с.
10. Негрич Т. І., Боженко Н. Л., Матвієнко Ю. О. Ішемічний інсульт: вторинна стаціонарна допомога. Львів : Львів. нац. мед. ун-т ім. Данила Галицького, 2020. 140 с.
11. Сучасні принципи діагностики та лікування пацієнтів із гострим ішемічним інсультом та транзиторною ішемічною атакою : навч. посіб. / М. Є. Поліщук та ін. Київ : Вид. Гуляєв Д. В., 2018. 208 с.
12. Ульяницька Н. Я. Тестова оцінка дисфункцій у практиці фізичного терапевта : метод. рек. до проведення лабораторних занять. Луцьк, 2022. 74 с.
13. Янушпольська О. Реабілітація після інсультів. *Scientific Collection «InterConf+»*. 2022. Vol. 18(95). P. 593–611. DOI: 10.51582/interconf.19-20.01.2022.066.
14. Adler S. S., Beckers D., Buck M. PNF in Practice : An Illustrated Guide. 4th ed. Berlin : Springer, 2014. 393 p.
15. American Thoracic Society Committee on Proficiency Standards for Clinical Pulmonary Function Laboratories. ATS statement: guidelines for the six-minute walk test. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2002. Vol. 166(1). P. 111–117.
16. Barthel F. I., Mahoney D. W. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*. 1965. Vol. 14. P. 61–65.
17. Measuring balance in the elderly: validation of an instrument / K. O. Berg et al. *Canadian Journal of Public Health*. 1992. Vol. 83(2). P. S7–S11.
18. Efficacy and safety of very early mobilisation within 24 hours of stroke onset (AVERT trial) / J. Bernhardt et al. *The Lancet*. 2015. Vol. 386(9988). P. 46–55.

19. Bobath B. *Adult Hemiplegia: Evaluation and Treatment*. 3rd ed. Oxford : Heinemann Medical, 1990. 339 p.
20. Bohannon R. W., Smith M. B. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Physical Therapy*. 1987. Vol. 67(2). P. 206–207.
21. Bohannon R. W. Comfortable and maximum walking speed of adults aged 20–79 years: reference values and determinants. *Physical Therapy*. 1997. Vol. 77(10). P. 1323–1330.
22. Guidelines for the prevention of stroke in women / C. Bushnell et al. *Stroke*. 2014. Vol. 45(5). P. 1545–1588.
23. Carr J. H., Shepherd R. B. *Neurological Rehabilitation: Optimizing Motor Performance*. Edinburgh : Elsevier, 2010. 364 p.
24. Collen F. M., Wade D. T., Bradshaw C. M. The Rivermead Mobility Index: a further development of the Rivermead Motor Assessment. *Clinical Rehabilitation*. 1991. Vol. 5(4). P. 301–309.
25. Dean C. M., Shepherd R. B. Task-related training improves performance of seated reaching tasks after stroke. *Stroke*. 1997. Vol. 28. P. 722–728.
26. Dirnagl U., Iadecola C., Moskowitz M. A. Pathobiology of ischaemic stroke: an integrated view. *Trends in Neurosciences*. 1999. Vol. 22(9). P. 391–397.
27. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on management of transient ischaemic attack / A. C. Fonseca et al. *Eur. Stroke. J.* 2021. Vol. 6(2). P. CLXIII–CLXXXVI.
28. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors / V. L. Feigin et al. *The Lancet Neurology*. 2021. Vol. 20(10). P. 795–820.
29. The post-stroke hemiplegic patient / A. R. Fugl-Meyer et al. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*. 1975. Vol. 7(1). P. 13–31.
30. Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies / M. L Hackett et al. *Stroke*. 2005. Vol. 36(6). P. 1330–1340.
31. Hesse S. Treadmill training with partial body weight support after stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2008. Vol. 40(1). P. 1–6.

32. Kleim J. A., Jones T. A. Principles of experience-dependent neural plasticity. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2008. Vol. 51. P. S225–S239.
33. Langhorne P., Bernhardt J., Kwakkel G. Stroke rehabilitation. *The Lancet*. 2011. Vol. 377(9778). P. 1693–1702.
34. Podsiadlo D., Richardson S. The Timed «Up & Go»: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1991. Vol. 39(2). P. 142–148.
35. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke / W. J. Powers et al. *Stroke*. 2019. Vol. 50(12). P. e344–e418.
36. Raine S., Meadows L., Lynch-Ellerington M. Bobath Concept: Theory and Clinical Practice in Neurological Rehabilitation. Oxford : Wiley-Blackwell, 2009. 216 p.
37. Ramachandran V. S., Altschuler E. L. The use of visual feedback in restoring brain function. *Brain*. 2009. Vol. 132(7). P. 1693–1710.
38. Sex differences in stroke: epidemiology, clinical presentation, medical care, and outcomes / M. J. Reeves et al. *The Lancet Neurology*. 2008. Vol. 7(10). P. 915–926.
39. Shumway-Cook A., Woollacott M. Motor Control: Translating Research into Clinical Practice. 5th ed. Philadelphia : Lippincott Williams Wilkins, 2017. 688 p.
40. Taub E., Uswatte G., Pidikiti R. Constraint-Induced Movement Therapy: a new family of techniques with broad application. *Journal of Rehabilitation Research and Development*. 1999. Vol. 36(3). P. 237–251.
41. Trombly C. A., Radomski M. V. Occupational Therapy for Physical Dysfunction. 7th ed. Baltimore : Lippincott Williams Wilkins, 2014. 1248 p.
42. Tyson S. F., Connell L. The psychometric properties and clinical utility of measures of walking and mobility in neurological conditions: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*. 2009. Vol. 23(11). P. 1018–1033.

43. Effect of constraint-induced movement therapy on upper extremity function after stroke (EXCITE trial) / S. L. Wolf et al. *JAMA*. 2006. Vol. 296(17). P. 2095–2104.
44. International Classification of Functioning, Disability and Health / World Health Organization. Geneva : World Health Organization, 2001. 242 p.
45. Rehabilitation in health systems / World Health Organization. Geneva : World Health Organization, 2017. 210 p.

ДОДАТКИ



ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ЖІНОК СЕРЕДНЬОГО ВІКУ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ НА ПІСЛЯГОСТРОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Зінов'сва А.В., Невелика А.В., Андрюхін Д.А.

*Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна,
nastya.zinov.0945@gmail.com*

Вступ. Ішемічний інсульт є однією з основних причин інвалідизації дорослого населення у світі. Після перенесеного інсульту у пацієнтів часто спостерігаються порушення моторного контролю, м'язового тону, координації рухів та рівноваги, що значно обмежує їхню функціональну активність і здатність до самостійного виконання повсякденних дій. Особливо актуальною є проблема відновлення функціональних можливостей у жінок середнього віку, оскільки наслідки інсульту можуть суттєво впливати на якість життя та соціальну активність.

Післягострий період реабілітації є важливим етапом відновлення, під час якого фізична терапія спрямована на покращення моторного контролю, зниження спастичності, відновлення рівноваги та функціональної мобільності. Сучасний підхід до реабілітації базується на принципах Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), що дозволяє комплексно оцінювати стан пацієнта на рівні функцій організму, активності та участі.

У зв'язку з цим важливим є дослідження ефективності програм фізичної терапії у пацієнтів після ішемічного інсульту на післягострому етапі реабілітації.

Мета. Метою дослідження було оцінити ефективність програми фізичної терапії у жінок середнього віку після перенесеного ішемічного інсульту на післягострому етапі реабілітації шляхом аналізу змін показників функцій організму відповідно до Міжнародної класифікації функціонування.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 20 жінок, які перенесли ішемічний інсульт та перебували на післягострому етапі реабілітації. Вік пацієнток становив від 54 до 79 років. Усі учасниці були розподілені на дві групи: основну та контрольну, по 10 осіб у кожній групі. Пацієнтки основної групи проходили комплексну програму фізичної терапії протягом 2 тижнів, яка включала вправи для покращення моторного контролю, тренування рівноваги, вправи для зниження спастичності та розвиток функціональної мобільності. Пацієнтки контрольної групи отримували стандартну реабілітаційну допомогу.

ДОДАТОК Б

УДК: 616.831-005.1-036.82:615.8-055.2

**ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ЖІНОК СЕРЕДНЬОГО ВІКУ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО
ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ НА ПІСЛЯГОСТРОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

**PHYSICAL THERAPY FOR MIDDLE-AGED WOMEN AFTER ISCHEMIC STROKE AT
THE POST-ACUTE STAGE OF REHABILITATION**

Зінов'єва А. В., Невелика А. В.

Zinoviieva A. V., Nevelyka A. V.

*Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine*

Анотація. У статті представлено результати дослідження ефективності інтенсивної 30-денної програми фізичної терапії для жінок після ішемічного інсульту. Доведено, що комплексний підхід, який включає методики Бобат, PNF та ADL-тренінг обсягом 180 хвилин щоденно, сприяє відновленню мобільності та самостійності пацієнток.

Ключові слова: фізична терапія, ішемічний інсульт, реабілітація, мобільність, МКФ.

Annotation. The article presents the results of a study on the effectiveness of an intensive 30-day physical therapy program for women after ischemic stroke. It is proved that a comprehensive approach, including Bobath, PNF, and ADL-training for 180 minutes daily, contributes to the recovery of mobility and independence of patients.

Keywords: physical therapy, ischemic stroke, rehabilitation, mobility, ICF.

Вступ. Ішемічний інсульт є однією з провідних причин смертності та інвалідизації населення у світі, що зумовлює значне медико-соціальне навантаження. Після перенесеного інсульту у більшості пацієнтів спостерігаються стійкі порушення моторних функцій, координації, рівноваги та здатності до самообслуговування, що суттєво обмежує їхню участь у повсякденному житті [1, 4, 6].

Сучасні підходи до реабілітації ґрунтуються на принципах доказової медицини та нейропластичності, відповідно до яких відновлення функцій можливе за умови інтенсивного, цілеспрямованого та індивідуалізованого втручання. Особливого значення набуває застосування комплексних програм фізичної терапії, які поєднують

нейромоторну фасилітацію, тренування рівноваги, локомоції та навичок самообслуговування [2, 5].

Незважаючи на наявність численних реабілітаційних підходів, питання підвищення ефективності відновлення пацієнтів після ішемічного інсульту залишається актуальним. Це зумовлює необхідність розробки та наукового обґрунтування комплексних програм фізичної терапії, спрямованих на покращення функціонального стану та якості життя пацієнтів [3].

Мета дослідження. Обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність програми фізичної терапії підвищеної інтенсивності для жінок після ішемічного інсульту.

51

Продовження ДОДАТКА Б

Міністерство охорони здоров'я України
Національний фармацевтичний університет
Кафедра фізичної реабілітації і здоров'я
Навчально-науковий інститут терапії та
реабілітації Національного фармацевтичного
університету (Філія)

Громадська організація реабілітологів
Медичний центр фізичної реабілітації
«FIZIO»



СЕРТИФІКАТ

Цим засвідчується, що

Зінов'єва А.В.

брав(ла) участь у V Всеукраїнській конференції
«МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ
ПІДХІД У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ МЕДИЦИНІ»

20 березня 2026 року, м. Харків



Ректор Національного фармацевтичного університету,
доктор фармацевтичних наук, професор

Керівник Медичного центру фізичної реабілітації «FIZIO»



Олександр КУХТЕНКО

Назар КОЦ

Основна група

Карта обстеження пацієнта

ПІБ: Назарчук В.В.

Вік 77

Діагноз: ГПМК по ішемічному типу

Супутні захворювання: Гіпертонічна хвороба, Цукровий діабет 2 типу

ШКАЛА	ПЕРВИННІ	ВТОРИННІ
Шкала спастичності Ашворта	2	2
Моторний контроль вертикалізації (бали) Згинання	5	7
Розгинання	3	5
Шкала рівноваги Берга	28	40
Індекс мобільності Ріверміда	6	10
Бартел	50	70
Fugl-Meyer (ВК)	22	32
10м тест ходи (с)	24	17
Встань і йди (с)	22	16
6-хв тест ходьби (м)	225	290

Основна група

Карта обстеження пацієнта

ПІБ: Філатова О.І. ВІК: 74

Діагноз: ГПМК по ішемічному типу

Супутні захворювання: Гіпертонічна хвороба, Бронхіальна астма
(контрольована форма)

ШКАЛА	ПЕРВИННІ	ВТОРИННІ
Шкала спастичності Ашворта	3	2
Моторний контроль вертикалізації (бали)	6	7
Згинання	4	6
Розгинання		
Шкала рівноваги Берга	29	42
Індекс мобільності Ріверміда	7	11
Бартел	55	75
Fugl-Meyer (ВК)	23	34
10м тест ходи (с)	21	17
Встань і йди (с)	20	16
6-хв тест ходьби (м)	236	290

Основна група

Карта обстеження пацієнта

ПІБ: Гомаз У.С. ВІК: 79

Діагноз: ГПМК по ішемічному типу

Супутні захворювання: Гіпертонічна хвороба, Сечокам'яна хвороба (в стадії ремісії)

ШКАЛА	ПЕРВИННІ	ВТОРИННІ
Шкала спастичності Ашворта	3	2
Моторний контроль вертикалізації (бали)	5	8
Згинання	3	6
Розгинання		
Шкала рівноваги Берга	31	45
Індекс мобільності Ріверміда	6	12
Бартел	50	80
2Fugl-Meyer (ВК)	25	36
10м тест ходи (с)	25	14
Встань і йди (с)	21	14
6-хв тест ходьби (м)	230	300

Основна група

Карта обстеження пацієнта

ПІБ: Олійник С.В. ВІК: 71

Діагноз: ГПМК по ішемічному типу

Супутні захворювання: Гіпертонічна хвороба, Хронічний гастрит (ремісія)

ШКАЛА	ПЕРВИННІ	ВТОРИННІ
Шкала спастичності Ашворта	3	1
Моторний контроль вертикалізації (бали)	6	7
Згинання	4	5
Розгинання		
Шкала рівноваги Берга	33	41
Індекс мобільності Ріверміда	7	11
Бартел	50	75
Fugl-Meyer (ВК)	27	33
10м тест ходи (с)	22	16
Встань і йди (с)	20	15
6-хв тест ходьби (м)	228	295

Основна група

Карта обстеження пацієнта

ПІБ: Вакуліна С.І. ВІК: 68

Діагноз: ГПМК по ішемічному типу

Супутні захворювання: Гіпертонічна хвороба

ШКАЛА	ПЕРВИННІ	ВТОРИННІ
Шкала спастичності Ашворта	3	2
Моторний контроль вертикалізації (бали)	6	8
Згинання	4	6
Розгинання		
Шкала рівноваги Берга	35	44
Індекс мобільності Ріверміда	8	12
Бартел	50	80
Fugl-Meyer (ВК)	25	37
10м тест ходи (с)	20	14
Встань і йди (с)	18	13
6-хв тест ходьби (м)	245	330

Основна група

Карта обстеження пацієнта

ПІБ: Фуріна А.А. ВІК: 65

Діагноз: ГПМК по ішемічному типу

Супутні захворювання: Гіпертонічна хвороба, Ішемічна хвороба серця

ШКАЛА	ПЕРВИННІ	ВТОРИННІ
Шкала спастичності Ашворта	2	2
Моторний контроль вертикалізації (бали) Згинання Розгинання	6 3	7 5
Шкала рівноваги Берга	30	42
Індекс мобільності Ріверміда	7	10
Бартел	50	70
Fugl-Meyer (ВК)	22	32
10м тест ходи (с)	24	16
Встань і йди (с)	22	15
6-хв тест ходьби (м)	225	300

Основна група

Карта обстеження пацієнта

ПІБ: Гудіна М.Ю. ВІК: 59

Діагноз: ГПМК по ішемічному типу

Супутні захворювання: Гіпертонічна хвороба

ШКАЛА	ПЕРВИННІ	ВТОРИННІ
Шкала спастичності Ашворта	3	1
Моторний контроль вертикалізації (бали)	6	7
Згинання	4	5
Розгинання		
Шкала рівноваги Берга	34	41
Індекс мобільності Ріверміда	7	10
Бартел	50	70
Fugl-Meyer (ВК)	21	33
10м тест ходи (с)	23	16
Встань і йди (с)	21	16
6-хв тест ходьби (м)	228	290

Основна група

Карта обстеження пацієнта

ПІБ: Красюк Д.М. ВІК: 61

Діагноз: ГПМК по ішемічному типу

Супутні захворювання: Гіпертонічна хвороба, Ожиріння II ст

ШКАЛА	ПЕРВИННІ	ВТОРИННІ
Шкала спастичності Ашворта	2	2
Моторний контроль вертикалізації (бали)	5 3	8 6
Згинання Розгинання		
Шкала рівноваги Берга	31	45
Індекс мобільності Ріверміда	7	12
Бартел	50	80
Fugl-Meyer (ВК)	24	36
10м тест ходи (с)	23	14
Встань і йди (с)	22	14
6-хв тест ходьби (м)	220	325

Основна група
Карта обстеження пацієнта

ПІБ: Мухіна В.К. ВІК: 56

Діагноз: ГПМК по ішемічному типу

Супутні захворювання: Гіпертонічна хвороба

ШКАЛА	ПЕРВИННІ	ВТОРИННІ
Шкала спастичності Ашворта	3	2
Моторний контроль вертикалізації (бали)	6 4	7 5
Згинання Розгинання		
Шкала рівноваги Берга	36	43
Індекс мобільності Ріверміда	8	11
Бартел	55	75
Fugl-Meyer (ВК)	26	34
10м тест ходи (с)	21	15
Встань і йди (с)	20	15
6-хв тест ходьби (м)	245	310

Основна група

Карта обстеження пацієнта

ПІБ: Рудакова Т.Ф. ВІК: 54

Діагноз: ГПМК по ішемічному типу

Супутні захворювання: Гіпертонічна хвороба , Вузловий зоб (еутиреоз)

ШКАЛА	ПЕРВИННІ	ВТОРИННІ
Шкала спастичності Ашворта	2	2
Моторний контроль вертикалізації (бали)		
Згинання	6	8
Розгинання	4	6
Шкала рівноваги Берга	37	44
Індекс мобільності Ріверміда	8	11
Бартел	60	75
Fugl-Meyer (ВК)	28	35
10м тест ходи (с)	22	14
Встань і йди (с)	19	14
6-хв тест ходьби (м)	250	320

Контрольна група

Карта обстеження пацієнта

ПІБ: Гайдук І.І. ВІК: 79

Діагноз: ГПМК по ішемічному типу

Супутні захворювання: Гіпертонічна хвороба, Цукровий діабет 2 типу

ШКАЛА	ПЕРВИННІ	ВТОРИННІ
Шкала спастичності Ашворта	3	2
Моторний контроль вертикалізації (бали)	6	6
Згинання	3	4
Розгинання		
Шкала рівноваги Берга	30	35
Індекс мобільності Рівермід	6	8
Бартел	50	60
Fugl-Meyer (ВК)	21	28
10м тест ходи(с)	25	19
Встань і йди(с)	23	17
6-хв тест ходьби(м)	234	260

Контрольна група
Карта обстеження пацієнта

ПІБ: Лисіна В.Ю. ВІК: 59

Діагноз: ГПМК по ішемічному типу

Супутні захворювання: Гіпертонічна хвороба, Фібриляція передсердь
(персистуюча форма)

ШКАЛА	ПЕРВИННІ	ВТОРИННІ
Шкала спастичності Ашворта	2	2
Моторний контроль вертикалізації (бали) Згинання Розгинання	6 4	6 5
Шкала рівноваги Берга	36	37
Індекс мобільності Рівермід	8	9
Бартел	60	65
Fugl-Meyer (ВК)	24	28
10 м тест ходи(с)	20	18
Встань і йди(с)	18	16
6-хв тест ходьби(м)	245	270

Контрольна група
Карта обстеження пацієнта

ПІБ: Плуженко Ю.Ф. ВІК: 69

Діагноз: ГПМК по ішемічному типу

Супутні захворювання: Гіпертонічна хвороба, Сечокам'яна хвороба (в стадії ремісії)

ШКАЛА	ПЕРВИННІ	ВТОРИННІ
Шкала спастичності Ашворта	2	2
Моторний контроль вертикалізації (бали)	5	7
Згинання	3	5
Розгинання		
Шкала рівноваги Берга	32	38
Індекс мобільності Ріверміда	6	10
Бартел	50	70
Fugl-Meyer (ВК)	26	32
10м тест ходи (с)	24	17
Встань і йди (с)	21	14
6-хв тест ходьби (м)	222	285

Контрольна група
Карта обстеження пацієнта

ПІБ: Пилипенко З.К. ВІК: 65

Діагноз: ГПМК по ішемічному типу

Супутні захворювання: Гіпертонічна хвороба, Ожиріння Іст

ШКАЛА	ПЕРВИННІ	ВТОРИННІ
Шкала спастичності Ашворта	2	2
Моторний контроль вертикалізації (бали)	6	6
Згинання	4	4
Розгинання		
Шкала рівноваги Берга	32	36
Індекс мобільності Ріверміда	7	9
Бартел	55	65
Fugl-Meyer (ВК)	21	29
10м тест ходи (с)	23	18
Встань і йди (с)	22	16
6-хв тест ходьби (м)	240	270

Продовження ДОДАТКУ Г

Контрольна група

Карта обстеження пацієнта

ПІБ: Клищенко С.М. ВІК: 54

Діагноз: ГПМК по ішемічному типу

Супутні захворювання: Гіпертонічна хвороба.

ШКАЛА	ПЕРВИННІ	ВТОРИННІ
Шкала спастичності Ашворта	3	2
Моторний контроль вертикалізації (бали) Згинання Розгинання	6 4	7 5
Шкала рівноваги Берга	33	37
Індекс мобільності Ріверміда	7	9
Бартел	55	65
Fugl-Meyer (ВК)	25	29
10м тест ходи (с)	23	17
Встань і йди (с)	21	15
6-хв тест ходьби(м)	242	280

Контрольна група
Карта обстеження пацієнта

ПІБ: Щепіна Я.В. ВІК: 71

Діагноз: ГПМК по ішемічному типу

Супутні захворювання: Ішемічна хвороба серця, хронічна серцева недостатність II ФК

Шкала	ПЕРВИННІ	ВТОРИННІ
Шкала спастичності Ашворта	3	2
Моторний контроль вертикалізації (бали)		
Згинання	5	7
Розгинання	3	5
Шкала рівноваги Берга	28	36
Індекс мобільності Ріверміда	6	8
Бартел	50	60
Fugl–Meyer (BK)	22	28
10-метровий тест ходи (с)	26	19
Тест «Встань та йди» (с)	22	17
6-хвилинний тест ходьби (м)	226	260

Контрольна група**Карта обстеження пацієнта**

ПІБ: Корнієнко С.П. Вік: 57

Діагноз: ГПМК по ішемічному типу

Супутні захворювання: Цукровий діабет 2 типу, діабетична полінейропатія

Шкала	ПЕРВИННІ	ВТОРИННІ
Шкала спастичності Ашворта	2	2
Моторний контроль вертикалізації (бали)	6	6
Згинання	5	6
Розгинання		
Шкала рівноваги Берга	34	35
Індекс мобільності Ріверміда	8	8
Бартел	60	60
Fugl–Meуer (BK)	28	28
10-метровий тест ходи (с)	20	19
Тест «Встань та йди» (с)	23	17
6-хвилинний тест ходьби (м)	250	255

Контрольна група
Карта обстеження пацієнта

ПІБ: Муканова М.П. Вік: 69

Діагноз: ГПМК по ішемічному типу

Супутні захворювання: ХОЗЛ II ст., артеріальна гіпертензія

Шкала	ПЕРВИННІ	ВТОРИННІ
Шкала спастичності Ашворта	3	2
Моторний контроль вертикалізації (бали)	6	7
Згинання	4	5
Розгинання		
Шкала рівноваги Берга	32	38
Індекс мобільності Ріверміда	7	10
Бартел	50	70
Fugl–Meуer (ВК)	23	32
10-метровий тест ходи (с)	25	17
Тест «Встань та йди»(с)	23	15
6-хвилинний тест ходьби (м)	235	290

Контрольна група
Карта обстеження пацієнта

ПІБ: Данченко А.Б. Вік: 70

Діагноз: ГПМК по ішемічному типу

Супутні захворювання: Остеоартроз колінних суглобів, артеріальна гіпертензія

Шкала	ПЕРВИННІ	ВТОРИННІ
Шкала спастичності Ашворта	2	2
Моторний контроль вертикалізації (бали)	6	6
Згинання	4	5
Розгинання		
Шкала рівноваги Берга	33	36
Індекс мобільності Ріверміда	7	9
Бартел	60	65
Fugl-Meyer (ВК)	27	30
10-метровий тест ходи (с)	21	18
Тест «Встань на йди»(с)	19	16
6-хв тест ходьби (м)	255	270

**Контрольна група
Карта обстеження пацієнта**

ПІБ:Дугіна С.Ю. Вік: 66 років

Діагноз: ГПМК по ішемічному типу

Супутні захворювання:хронічний гастрит (ремісія)

Шкала	ПЕРВИННІ	ВТОРИННІ
Шкала спастичності Ашворта	3	2
Моторний контроль вертикалізації (бали)	5	7
Згинання	3	5
Розгинання		
Шкала рівноваги Берга	30	37
Індекс мобільності Ріверміда	7	9
Індекс Бартел	55	65
Fugl–Meyer (ВК)	26	31
10-метровий тест ходи	24	17
Тест «Встань і йди»	22	15
6-хвилинний тест ходьби	235	280

