

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ А. С. МАКАРЕНКА
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Кафедра терапії та реабілітації

**СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ
ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ:
ТЕОРІЯ І ПРАКТИКА**

*Матеріали II Міжнародної
науково-практичної конференції
приуроченої 45-річному ювілею
Навчально-наукового інституту фізичної культури*

29-30 травня 2025 року

Суми – 2025

УДК 615.825+615.851.3(063)

С91

*Рекомендовано до друку вченою радою
Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка
(протокол № 11 від 26 травня 2025 року)*

Редакційна колегія:

Лянной М. О. – кандидат педагогічних наук, професор, директор Навчально-наукового інституту фізичної культури СумДПУ імені А. С. Макаренка;
Звіряка О. М. – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент;
Бугаєнко Т. В. – кандидат педагогічних наук, доцент;
Тонкопей Ю. М. – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент.

Рецензенти:

Голод Н. Р. – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії Івано-Франківського національного медичного університету;
Вайда О. В. – кандидат медичних наук, асистент кафедри фізичної терапії, ерготерапії та фізичного виховання Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського.

С91 Сучасні проблеми фізичної терапії та ерготерапії: теорія і практика : матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції / відповід. ред. Т. В. Бугаєнко, наук. ред. О. М. Звіряка. – Суми : СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2025. – 145 с.

Збірник складають наукові статті здобувачів, аспірантів, науковців, практиків з актуальних проблем фізичної терапії та ерготерапії. Розглядаються новітні технології, що застосовуються в цих галузях, порушуються актуальні проблеми, з якими стикаються фахівці, працюючи з пацієнтами різних нозологічних груп. Висвітлюються історичні, управлінські та організаційно-економічні аспекти розвитку фізичної терапії та ерготерапії. Представлено аналіз сучасних підходів до підвищення якості підготовки фахівців за спеціальністю 227 Терапія та реабілітація.

Матеріали конференції будуть корисними для лікарів, фахівців з фізичної терапії та ерготерапії, викладачів закладів вищої освіти, менеджерів у сфері фізичної терапії та ерготерапії, здобувачів й усіх, хто цікавиться даною проблематикою.

Індексується в Google Scholar.

УДК 615.825+615.851.3(063)

© Колектив авторів, 2025

© СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2025

2. Suryani, D., Yulianto, H., & Oktavia, V. A. (2023). The Role of Physical Therapy in the Management of Rheumatoid Arthritis. *Journal of Healthcare Sciences*, 2(1), 1–7.

3. Stratford, P. W., Gill, C., Miller, R., French, E., & Westaway, M. (1995). The Patient-Specific Functional Scale: validation of a new outcome measure. *Physiotherapy Canada*, 47(4), 258-263.

Виноградов О. О.^{1, 2}, Гужва О. І.²

ДУЖЕ РАННЯ МОБІЛІЗАЦІЯ ПІСЛЯ ГОСТРОГО ІНСУЛЬТУ

*Національний університет «Полтавська політехніка
імені Юрія Кондратюка»¹*

*Державний заклад «Луганський національний університет
імені Тараса Шевченка»²*

Загальноприйнятим підходом в реабілітації після інсульту, рекомендованим більшістю клінічних протоколів, є ранній початок реабілітаційних інтервенцій, який асоціюють з більш сприятливими прогнозами щодо ступеня відновлення втрачених функцій у пацієнтів різних нозологічних груп. Водночас, дискусійними залишаються питання пов'язані з визначенням оптимальних термінів початку реабілітації, обранням типу втручань та відповідного дозування, а також оцінкою результатів у довгостроковій перспективі.

Результати досліджень на тваринних моделях та реальних пацієнтах демонструють, що реабілітація, проведена занадто рано або занадто інтенсивно протягом дуже раннього періоду, може бути шкідливою. Так, експерименти проведені на тваринах показали, що фізичні навантаження у перші 24 год після інсульту призводять до збільшення рівня запальних цитокінів, а також пов'язані з більшим об'ємом ішемічних уражень та гіршими функціональними результатами, порівняно з фізичними навантаженнями у більш пізні періоди (3–7 день після інсульту) [4].

Дослідження AVERT (A Very Early Rehabilitation Trial for Stroke) із залученням пацієнтів з ішемічним або геморагічним інсультом показало, що дуже рання інтенсивна мобілізація (протягом перших 24 год після початку інсульту) призводить до зниження шансів на сприятливий результат за модифікованою шкалою Ренкіна через 3 місяці після інсульту [4; 6]. Водночас, цей результат може бути пов'язаний з тим, що група, яка розпочала реабілітацію протягом перших 24 год, включала більш тяжких пацієнтів, порівняно з групою, яка розпочала реабілітацію пізніше 24 годин [7]. Подальші дослідження продемонстрували, що пацієнти, які отримували вищу інтенсивність терапії в процесі ранньої мобілізації, мають меншу ймовірність сприятливого результату через 3 місяці після інсульту; рівень якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, через 12 місяців після інсульту в контрольній та дослідній групах достовірно не відрізнявся. Водночас,

коротша та частіша рання мобілізація на ранніх стадіях після інсульту (не більше 10 хв на сеанс, від 2 до 10 сеансів на день) може покращити шанси на відновлення незалежності після інсульту, враховуючи вік та тяжкість захворювання [2].

Проведений систематичний огляд [8] не знайшов достовірних доказів того, що дуже рання мобілізація (протягом перших 24 год) має переваги порівняно з ранньою мобілізацією (після 24–48 год) при гострому інсульті. Водночас було виявлено деякі докази того, що пацієнти в групі втручання можуть мати підвищений ризик несприятливого прогнозу.

Дослідження дуже ранньої мобілізації після тромболізу при гострому ішемічному інсульті продемонструвало, що мобілізація протягом перших 24 год після тромболізу є безпечною та сприяє більш швидкому відновленню базової мобільності пацієнтів. Водночас, у терміни 7 днів після інсульту та 90 днів після виписки з лікарні, відсутня перевага дуже ранньої мобілізації щодо ступеня обмежень життєдіяльності, функціональної мобільності, рівноваги та ризику ускладнень порівняно зі звичайним доглядом (мобілізація після 24 год) [5].

Рандомізоване контрольоване дослідження VERSE (The Very Early Rehabilitation for Speech) показало, що рання інтенсивна терапія афазії (розпочата на восьмий день після інсульту або раніше) не покращила ступінь відновлення комунікації та рівень якості життя пацієнтів через 12 тижнів після інсульту порівняно зі звичайною терапією. Проте, застосування більш інтенсивної терапії не призвело до несприятливих наслідків і було безпечним для пацієнтів [1].

Дослідження впливу ранньої реабілітації (протягом перших 48 год після госпіталізації до відділення інтенсивної терапії) на функціональні показники кардіореспіраторної системи критично хворих пацієнтів на штучній вентиляції легень показало, що ключове значення має не термін початку фізичної терапії, а тип інтервенцій, інтенсивність навантажень, тривалість та кількість занять [3].

За даними систематичного огляду [9] рання реабілітація (розпочата протягом двох тижнів після ішемічного інсульту) може значно покращити здатність до самообслуговування, повсякденну активність та неврологічну функцію пацієнтів. Водночас, дослідження не надало доказів на користь дуже ранньої реабілітації (впродовж перших 48 год після інсульту).

Таким чином, проведений огляд літературних джерел показав, що дуже рання мобілізація є відносно безпечним та ефективним підходом в реабілітації пацієнтів після інсульту. Водночас, недостатньо дослідженими залишаються питання інтенсивності та тривалості втручань в рамках програм дуже ранньої мобілізації, а також довгостроковими перевагами такого підходу.

Список використаної літератури

1. A randomized control trial of intensive aphasia therapy after acute stroke: The Very Early Rehabilitation for SpEEch (VERSE) study / E. Godecke, E. Armstrong, T. Rai, et al. *Int. J. Stroke*. 2021. Vol. 16 (5). P. 556–572. DOI: 10.1177/1747493020961926.
2. A Very Early Rehabilitation Trial after stroke (AVERT): a Phase III, multicentre, randomised controlled trial / P. Langhorne, O. Wu, H. Rodgers, et al. *Health Technol Assess*. 2017. Vol. 21 (54). P. 1–120. DOI: 10.3310/hta21540.
3. Cardiorespiratory response to early rehabilitation in critically ill adults: A secondary analysis of a randomised controlled trial / S. Eggmann, I. Irincheeva, G. Luder, et al. *PLoS One*. 2022 Vol. 17 (2). e0262779. DOI: 10.1371/journal.pone.0262779.
4. Early Rehabilitation After Stroke: a Narrative Review / E.R. Coleman, R. Moudgal, K. Lang, et al. *Curr. Atheroscler. Rep*. 2017. Vol.19 (12): 59. DOI: 10.1007/s11883-017-0686-6].
5. Efficacy and safety of very early mobilization after thrombolysis in acute ischemic stroke: a randomized clinical trial / J.M. Anjos, M.G. Neto, Y. de Araújo Tapparelli, et al. *J. Neurol*. 2023. Vol. 270 (2). P. 843–850. DOI: 10.1007/s00415-022-11411-5.
6. Efficacy and safety of very early mobilisation within 24 h of stroke onset (AVERT): a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2015. Vol. 386, Issue 9988. P. 46–55.
7. Impact of rehabilitation start time on functional outcomes after stroke / S. Otokita, H. Uematsu, S. Kunisawa, et al. *J. Rehabil. Med*. 2021. Vol. 53 (1). jrm00145. DOI: 10.2340/16501977-2775.
8. Veldig tidlig mobilisering ved akutt hjerneslag [Very early mobilisation in cases of acute stroke] / Fure B., Holte H.H., Hov L., et al. *Tidsskr. Nor. Laegeforen*. 2018. Vol.138 (17). Norwegian. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0924.
9. Wei X., Sun S., Zhang M., Zhao Z. A systematic review and meta-analysis of clinical efficacy of early and late rehabilitation interventions for ischemic stroke. *BMC Neurol*. 2024. Vol. 24 (1): 91. DOI: 10.1186/s12883-024-03565-8.