



## Реабілітація, відновлення та повернення пацієнтів до активного життя після інсульту

У 2025 р. були розроблені Канадські рекомендації щодо найкращої допомоги при інсульті (CSBPR), зосереджені на реабілітації, відновленні та соціальній інтеграції пацієнтів після перенесеного епізоду. Документ представлений у трьох частинах. В останній відображено сучасні докази, орієнтовані на персоналізований підхід, що спрямований на максимальне повернення хворого до активного суспільного життя. Особливу увагу приділено регулярному медичному спостереженню, оптимізації стратегій вторинної профілактики, оцінюванню та лікуванню порушень настрою, когнітивних функцій, розладів сну й постінсультної втомлюваності. Також розглядаються питання керування транспортним засобом, професійної діяльності, особистих стосунків і сексуальної активності, дозвілля, соціальної залученості пацієнта, паліативної підтримки тощо. Пропонуємо до вашої уваги огляд основних положень цієї частини настанови.

### Порушення настрою та депресія

Психічні розлади після інсульту, зокрема депресія, тривожність та апатія, є дуже поширеними і суттєво впливають на процес відновлення та якість життя пацієнтів. Приблизно у третини осіб у різні періоди після інсульту розвиваються симптоми депресії, а загальна поширеність постінсультної депресії (ПІД) значно перевищує таку в загальній популяції (24 проти 8 %). Тривожність та апатія спостерігаються у 20–30 % випадків після інсульту — як окремо, так і в поєднанні з депресією (Liu et al., 2023; Nelson et al., 2023). Зміни настрою можуть виникати на будь-якому етапі відновлення: від гострої фази до віддаленого постінсультного періоду, що зумовлює необхідність постійної настороженості з боку медичних працівників.

Усі пацієнти після перенесеного інсульту мають розглядатися як популяція підвищеного ризику щодо розвитку ПІД. Важливим компонентом ведення є інформування самих хворих, їхніх родин і доглядальників про можливий вплив інсульту на емоційний стан, а також надання доступу до ресурсів і підтримки. На всіх етапах допомоги

слід створювати умови для обговорення психо-емоційних наслідків інсульту та їх впливу на повсякденне життя (CSBPR, 2025).

Рекомендоване своєчасне та активне виявлення ПІД для призначення ефективного лікування. Скринінг доцільно проводити для всіх пацієнтів, якщо це клінічно можливо, із використанням валідованих інструментів і за участю підготовлених фахівців.

Особливу увагу необхідно приділяти оцінюванню факторів ризику ПІД, серед яких:

- тяжкість інсульту;
- функціональна залежність;
- когнітивні порушення;
- наявність депресії в анамнезі.

Додатковими чинниками ризику ПІД вважаються комунікативні порушення та соціальна ізоляція, які обмежують участь пацієнта в реабілітаційному процесі та знижують мотивацію до відновлення. Втрата звичних соціальних ролей і зменшення контактів із родиною чи оточенням можуть посилювати емоційний дистрес і сприяти формуванню депресивної симптоматики. Для осіб з афазією або іншими

мовленнєвими обмеженнями необхідно застосовувати альтернативні методи оцінювання настрою, які не ґрунтуються виключно на вербальній комунікації, зокрема візуальні шкали, спостережні інструменти та опитування за участю родичів. Скринінг може проводитися на різних етапах менеджменту пацієнта – під час стаціонарної реабілітації, вторинної профілактики, амбулаторного спостереження тощо, при цьому часто потрібне повторне оцінювання.

Лікування ПІД передбачає поєднання немедикаментозних і медикаментозних підходів. Психологічні втручання, зокрема когнітивно-поведінкова, міжособистісна, проблемно-орієнтована терапія, мотиваційне інтерв'ювання, терапія прийняття та зобов'язання, можуть застосовуватися як перша лінія лікування у пацієнтів із достатніми когнітивними та мовленнєвими можливостями. Щонайменше тричі на тиждень рекомендована фізична активність під наглядом, ефективність якої доведено для зменшення легких і помірних симптомів депресії (Lam et al., 2023). У низці випадків доцільне поєднання психотерапії з фармакологічними стратегіями.

Фармакотерапія є ключовим компонентом лікування клінічно значущої ПІД. У пацієнтів із легкими проявами депресії можливе початкове застосування тактики спостереження з відкладеним призначенням препаратів. Однак за персистування або прогресування симптомів, що заважають досягненню реабілітаційних цілей, медикаментозне лікування слід розпочинати без зволікань. Особи із діагностованим депресивним розладом після інсульту мають розглядатися як кандидати для пробного курсу антидепресантів. Беззаперечної переваги не продемонстровано для жодного окремого препарату або класу антидепресантів, але з огляду на профіль безпеки пацієнтам після інсульту найчастіше призначають селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (Allida et al., 2023).

Вибір антидепресанту має бути індивідуалізованим і ґрунтуватися на клінічній картині депресії з урахуванням супутніх захворювань, потенційних побічних ефектів і можливих медикаментозних взаємодій. Ефективність лікування потребує регулярного моніторингу стану пацієнта з оцінюванням динаміки симптомів, переносимості та необхідності корекції плану терапії. У разі досягнення позитивної відповіді застосування антидепресантів рекомендовано продовжувати щонайменше 6–12 місяців. Якщо через 2–4 тижні після початку лікування немає клінічного поліпшення, слід перевірити прихильність до терапії, і якщо вона не є належною – розглянути підвищення дози, заміну препарату або додавання іншого відповідно до сучасних рекомендацій (Lam et al., 2023). При завершенні лікування антидепресанти варто відмінити поступово, протягом 1-2 місяців. Навіть після успішного курсу терапії пацієнти потребують подальшого спостереження з огляду на ризик рецидиву депресії.

Профілактичне призначення антидепресантів може зменшувати ймовірність розвитку симптомів депресії після інсульту, але вплив на функціональні результати залишається недостатньо визначеним. Тому рутинне застосування такої стратегії для всіх пацієнтів наразі не рекомендоване. Натомість психотерапевтичні підходи, зокрема когнітивно-поведінкова та проблемно-орієнтована терапія, можуть розглядатися як варіанти профілактики в окремих групах ризику.

Окрім депресії, після інсульту часто спостерігаються інші порушення психічного стану, які можуть суттєво впливати на перебіг реабілітації, рівень функціонального відновлення та прихильність до лікування. Своєчасне виявлення цих розладів є важливою складовою комплексного ведення пацієнта.

Скринінг на тривожність доцільний із використанням валідованих інструментів, зокрема адаптованих для осіб з афазією. Психотерапія, приміром когнітивно-поведінкова, є ефективною за тривожних розладів, а у разі виразної тривожності з/без депресії може бути доцільним фармакологічне лікування з урахуванням індивідуального профілю пацієнта та можливих взаємодій з іншими препаратами.

Апатія інколи виникає незалежно від депресії або поєднується з нею й асоціюється зі зниженням ініціативності та залученості в реабілітаційний процес. У таких випадках перевагу надають немедикаментозним втручанням, зокрема фізичній активності та музикотерапії, тоді як психостимулятори можуть застосовуватися лише в окремих пацієнтів з урахуванням обмеженої доказової бази.

При псевдобульбарному афекті з виразною емоційною лабільністю рекомендовано пробний курс антидепресантів, зокрема селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, оскільки наразі немає переконливих доказів ефективності немедикаментозних методів для осіб із цим станом.

Активне залучення пацієнтів, їхніх родин і доглядальників до процесу моніторингу настрою, навчання щодо ознак рецидиву та важливості дотримання призначеного лікування є необхідною умовою успішного довгострокового ведення осіб із психічними розладами після інсульту.

## Розлади сну й постінсультна втомлюваність

Постінсультна втомлюваність (ПІВ), на яку страждають від 30 до 70 % осіб, є одним із найпоширеніших і водночас найбільш недооцінених наслідків інсульту. Вона характеризується стійким відчуттям виснаження, яке не завжди корелює з рівнем фізичного навантаження та не повністю минає після відпочинку.

ПІВ асоційована із гіршими функціональними результатами, вищим рівнем залежності в повсякденній діяльності, підвищеним ризиком депресії, а також зі зниженням частоти повернення до роботи й соціальної активності (Cumming et al., 2016; Wu et al., 2015). Вона може зберігатися протягом тривалого часу, виникати незалежно від тяжкості неврологічного дефіциту та суттєво обмежувати участь пацієнта у реабілітації. З огляду на мультифакторний характер ПІВ, її оцінювання передбачає виключення супутніх станів, зокрема депресії, порушень сну та соматичної патології. Це зумовлює необхідність системного виявлення та корекції ПІВ на всіх етапах відновлення.

Медичні працівники мають пильнувати розвиток ПІВ у пацієнтів після інсульту та активно моніторувати її прояви протягом усього реабілітаційного маршруту. Важливим компонентом ведення є інформування пацієнтів, їхніх родин і доглядальників про можливі зміни сну та енергійності у хворих ще до виписки. Рекомендований регулярний скринінг пацієнтів на наявність ПІВ у спеціалізованих клініках, під час візитів до лікарні для отримання амбулаторної допомоги та в межах домашнього догляду.

У разі виявлення ПІВ необхідно проводити комплексне оцінювання супутніх і потенційно коригованих станів, які можуть сприяти її виникненню або посиленню. До них належать:

- депресія та інші порушення настрою;
- розлади сну або чинники, які погіршують його якість (зокрема, синдром обструктивного апное уві сні, больовий синдром);
- післяінсультні медичні проблеми, як-от інфекції (наприклад, сечовивідних шляхів), дегідратація, анемія, гіпотиреоз, нутритивний дефіцит;
- вплив медикаментозних чинників, зокрема застосування седативних препаратів.

За підозри на апное уві сні пацієнтів доцільно скеровувати до фахівців у галузі медицини сну для поглибленого обстеження та лікування, що може суттєво покращити здатність хворих брати участь в інших заходах постінсультної реабілітації.

Фармакотерапія ПІВ має обмежену доказову базу, і наразі для лікування цього стану не схвалено якихось препаратів. Однак для окремих пацієнтів може розглядатися застосування модафінілу — стимулятора центральної нервової системи, який сприяє підтриманню стану неспання та використовується за надмірної денної сонливості (Bivard et al., 2017). Модафініл може зменшувати виразність втоми та поліпшувати активність, але рішення про його призначення має ухвалюватися індивідуально з огляду на супутні захворювання і потенційні побічні ефекти. Антидепресанти не рекомендовані для лікування ПІВ за відсутності супутніх показань, як-от депресія або тривожність, оскільки їхню ефективність саме щодо зменшення втомлюваності не доведено, а ризик небажаних ефектів залишається значущим (Choi-Kwon et al., 2007).

Немедикаментозні підходи є основою менеджменту осіб із ПІВ. Когнітивно-поведінкова терапія може застосовуватися як допоміжний метод для формування адаптивних стратегій подолання швидкої втомлюваності та зміни неефективних моделей поведінки. Для програм зниження стресу на основі усвідомленості (майндфулнес-терапія) також продемонстровано потенційну користь щодо зменшення суб'єктивного відчуття втоми. Для поліпшення фізичної форми та витривалості важливу роль відіграють програми фізичних вправ із поступовим збільшенням інтенсивності та поетапне повернення до активності (Nguyen et al., 2017; Johansson et al., 2012).

Освітні та консультативні заходи мають бути спрямовані на формування навичок енергозбереження, зокрема планування щоденних справ з урахуванням пріоритетних видів діяльності, чергування активності та відпочинку, а також модифікацію рутинних завдань. Пацієнтів слід заохочувати відкрито повідомляти про свій рівень енергії та потребу у відпочинку членам родини, доглядальникам, медичним працівникам, роботодавцям і соціальному оточенню, що сприяє розвитку самоконтролю симптомів.

Окремим важливим напрямом є підтримання здорового сну. Пацієнтам після інсульту та їхнім родинам рекомендовано надавати систематичні рекомендації щодо гігієни сну, включно із формуванням регулярного режиму сну й неспання, оптимізацією умов у спальні та уникненням чинників, які погіршують якість сну.

Комплексний підхід до нормалізації сну та усунення ПІВ є важливою умовою поліпшення функціонального відновлення, участі в реабілітації та підвищення якості життя осіб після інсульту.

### Когнітивна реабілітація

Після інсульту близько 38% пацієнтів протягом першого року мають когнітивні порушення, що впливають на увагу, пам'ять та виконавчі функції. Ризик їх розвитку залежить від вихідного когнітивного статусу, тяжкості й типу інсульту, а також методів оцінювання. Основною метою когнітивної реабілітації є відновлення або компенсація порушених функцій і навчання пацієнта ефективних стратегій подолання когнітивного дефіциту в повсякденному житті.

Інтервенції включають два підходи: компенсаційний (метакогнітивні стратегії, використання зовнішніх засобів, модифікація середовища) та тренувальний (інтенсивні структуровані вправи, зокрема із використанням цифрових програм).

Усі особи після інсульту або транзиторної ішемічної атаки мають проходити скринінг на когнітивні зміни. За наявності порушень до реабілітації слід залучати родину та доглядальників, формуючи індивідуалізований план із регулярним переглядом, що поєднує фармакологічні й нефармакологічні підходи та спрямований на відновлення повсякденної активності, соціальної участі й працездатності. Для пацієнтів із когнітивними порушеннями, включно із проблемами комунікації, слід застосовувати методи оцінювання, адаптовані до їхніх потреб. Рекомендовано використовувати комплексний підхід, що включає як роботу над окремими когнітивними доменами (увагою, пам'яттю, виконавчими функціями), так і загальні стратегії, зокрема фізичну активність.

Особливу увагу необхідно приділяти таким напрямам (CSBPR, 2025):

1. *Виконавчі функції*: використання компенсаційних стратегій, як-от метакогнітивні та проблемно-орієнтовані методи, навчання конкретним завданням зі зворотним зв'язком, модифікації середовища та зовнішні підказки. Пряма тренувальна робота може включати комп'ютеризовані вправи для розвитку виконавчих навичок.

2. *Увага*: компенсаційні стратегії передбачають адаптацію завдань і середовища (скорочення тривалості, заплановані паузи для відпочинку, зменшення відволікальних чинників), а тренувальні методи включають спеціальні вправи на концентрацію уваги та комп'ютеризоване навчання.

3. *Пам'ять*: компенсаційні підходи охоплюють використання зовнішніх засобів (електронних або неелектронних підказок) та внутрішніх стратегій для поліпшення запам'ятовування (як-от візуалізація, асоціації, семантична організація, тренування самоефективності). У разі тяжких порушень рекомендована методика безпомилкового навчання, що застосовується до конкретних функціональних завдань (наприклад, запобігання помилкам під час повторюваних вправ із підказками, кількість яких зменшується в міру успішного навчання).

4. *Аеробні вправи й мультифакторні підходи*: фізична активність та аеробні тренування можуть поліпшувати увагу, пам'ять та виконавчі функції, а поєднання їх із когнітивною реабілітацією дозволяє досягти високої ефективності.

Для поліпшення когнітивної продуктивності або запобігання їй погіршенню розглядається застосування мультифакторних втручань, включно з дієтою, соціальною активністю, музикотерапією та освітніми заходами.

Фармакотерапія в когнітивній реабілітації після інсульту має підтримувальне значення. Вона включає контроль супутніх станів, за яких можуть погіршуватися когнітивні функції, зокрема депресії, тривожності, порушень сну, больового синдрому і судинних факторів ризику. Корекція застосування медикаментів, які чинять седативний ефект або пригнічують когнітивну функцію, може підвищувати ефективність реабілітації та залученість пацієнта.

Віртуальна реабілітація та комп'ютеризовані інструменти можуть застосовуватися як додаткові засоби для розвитку когнітивних навичок. Однак їхня ефективність для поліпшення повсякденної функції наразі потребує подальших досліджень.

Комплексне оцінювання сильних та слабких когнітивних сторін пацієнта дозволяє визначити, як порушення когнітивних функцій впливають на мотивацію, здатність брати участь у плануванні лікування та загальну прихильність до терапії. Воно має охоплювати пам'ять, увагу, виконавчі функції, мовлення, зорово-просторові навички та швидкість обробки інформації з використанням валідованих інструментів і динамічного спостереження. При формуванні індивідуального плану лікування слід враховувати прогноз щодо когнітивного відновлення, супутні наслідки інсульту та коморбідні стани, які можуть обмежувати участь у реабілітації. Важливо також адаптувати темп і формат занять до когнітивних можливостей пацієнта, забезпечуючи структурованість і повторюваність навчання.

Залучення родини та доглядальників є ключовим компонентом реабілітаційного процесу: воно включає інтерактивну освіту, навчання стратегіям компенсації та модифікацію середовища для безпечної й ефективної участі пацієнта в повсякденній діяльності. Такий підхід сприяє підвищенню його автономності та довготривалому збереженню досягнутих результатів (CSBPR, 2025).

### **Контроль здоров'я, керування транспортним засобом і професійна діяльність**

Довготривалий контроль здоров'я після інсульту ґрунтується на цілісному проактивному підході, спрямованому на збереження функціональної незалежності, соціальної активності та якості життя. Ключовим компонентом є регулярне медичне спостереження з акцентом на оцінюванні відновлення, запобіганні погіршенню функцій, оптимізації психосоціальних результатів і вторинній профілактиці інсульту. Фармакотерапія відіграє центральну роль і включає контроль артеріального тиску, ліпідного профілю та глікемії, антитромботичну терапію й корекцію супутніх станів відповідно до сучасних рекомендацій (Gladstone et al., 2020).

Функціональний контроль передбачає можливість повторного залучення до реабілітації у разі зниження функціонального статусу, а також участь у програмах фізичної активності. Важливим є завчасне планування медичної допомоги, що покращує комунікацію і відповідність лікування потребам пацієнта. При прогресуванні тяжких порушень доцільна паліативна підтримка (Malhotra et al., 2022).

Повернення до керування транспортом і професійної діяльності є важливими етапами соціальної реінтеграції. Воно потребує покрокового оцінювання зорових, моторних і когнітивних функцій, а за наявності стійких порушень — спеціалізованої експертизи. Повернення до роботи або навчання передбачає оцінювання когнітивних можливостей і, за потреби, участь у програмах професійної реабілітації з індивідуальною адаптацією (Radford et al., 2025).

### **Участь у соціальному житті та дозвіллі**

Відновлення соціальної та дозвіллевої активності часто ускладнюється моторними, когнітивними та комунікативними порушеннями, а також втомлюваністю. Водночас участь у соціальних і фізичних активностях поліпшує якість життя та емоційний стан. Поширеними є також сексуальні порушення, що потребують як фармакологічної, так і психосоціальної корекції (Stein et al., 2013).

Основні підходи включають індивідуалізоване оцінювання потреб, розробку персоналізованих планів реабілітації, надання інформаційної підтримки, навчання пацієнтів та їхнього оточення. Фармакотерапія сприяє контролю депресії, тривожності, втомлюваності та сексуальних розладів, підвищуючи ефективність реабілітації та рівень соціальної інтеграції (Stratton et al., 2020).

### **Висновки**

Активна участь пацієнта та його родини у реабілітації, зокрема на всіх етапах планування та постановки цілей, є критично важливою. Досвід осіб після інсульту показує, що питання соціальної участі та дозвілля часто ігноруються на користь подолання функціональних дефіцитів, а команди інсультних відділень можуть бути надто звантаженою або недостатньо підготовленою для обговорення цих тем.

Системи охорони здоров'я мають забезпечити доступ пацієнтів до послуг, які сприяють не лише поліпшенню фізичних функцій, але й відновленню соціальних зв'язків, участі у дозвіллі та громадському житті. Фармакотерапія відіграє допоміжну роль у зменшенні депресії, тривожності, втомлюваності, сексуальних порушень тощо, що підвищує ефективність реабілітації та сприяє активнішій соціальній інтеграції осіб після перенесеного інсульту.

Комплексний підхід до відновлення, що охоплює настрій, когніцію, сон та соціальні ролі, потребує координації систем на рівні регіонів. Терапія із застосуванням віртуальної реальності може допомогти подолати географічні бар'єри та сприяти залученню родини до процесу реабілітації, але вона потребує цифрової грамотності та необхідності очного контролю у певних випадках. Перспективним є розвиток технологій та допоміжних пристроїв, а також громадських програм, що дозволяють особам після інсульту активно брати участь у фізичній, соціальній, професійній і дозвіллевій активності, сприяючи відновленню самостійності та поліпшенню якості життя.

*Підготувала Олена Коробка*

*Оригінальний текст документа читайте на сайті  
www.strokebestpractices.ca*