

АСПЕКТИ РЕАБІЛІТАЦІЇ після інсульту для оптимального функціонального відновлення пацієнтів

Інсульт є раптовим життєзагрозливим станом та однією із провідних причин інвалідизації дорослих. Понад половина пацієнтів після інсульту мають фізичні порушення, що потребують реабілітації, а приблизно 40 % — стійкі когнітивні розлади. У 2025 р. були розроблені Канадські рекомендації щодо найкращої допомоги при інсульті (CSBPR), присвячені реабілітації, відновленню та соціальній інтеграції. Документ складається із трьох частин і спрямований на повернення пацієнтів до незалежності й активної участі в житті спільноти. Пропонуємо до вашої уваги огляд ключових положень перших двох частин настанови, що охоплюють підготовку до реабілітації, безперервний скринінг, контроль післяінсультних ускладнень, освітньо-підтримувальні й терапевтичні підходи.

Раннє оцінювання стану та реабілітація після інсульту

Усі пацієнти після гострого інсульту потребують раннього оцінювання реабілітаційних потреб, бажано протягом перших 48 год, для формування індивідуального плану відновлення з урахуванням ризику ускладнень. Особи з тяжкою інвалідизацією потребують стаціонарної мультидисциплінарної реабілітації, тоді як за легших порушень можливе амбулаторне чи громадське лікування. Оцінювання охоплює фізичний, психічний й когнітивний стан, рівень функціональної незалежності та безпеки з використанням адаптованих стандартизованих інструментів (Vakas et al., 2022).

Стаціонарна реабілітація у спеціалізованих інсультних відділеннях знижує ризик ускладнень і смерті та пришвидшує повернення додому. Вона має бути індивідуальною, достатньо інтенсивною, з регулярним переглядом плану й координацією міждисциплінарної команди. Оптимальна мобілізація починається приблизно через 24 год після інсульту, а розширені втручання поліпшують функцію кінцівок (MacDonald et al., 2024).

Віртуальна реабілітація може бути ефективним доповненням до очних занять, поліпшуючи рухові й мовленнєві функції, баланс і задоволеність пацієнтів (Нао et al., 2023). Підтримка пацієнтів, родин і доглядальників включає психосоціальні заходи, навчання, освітні програми та регулярне оцінювання психологічного стану з метою підвищення якості життя та зменшення навантаження (Pucciarelli et al., 2021).

Ускладнення інсульту та стратегії відновлення Центральний біль

Центральний постінсультний біль (ЦПБ) є формою нейропатичного больового синдрому, що виникає внаслідок ураження структур центральної нервової системи, залучених до обробки сенсорної інформації (таламуса, стовбура мозку,

кори). Він проявляється стійким, часто інтенсивним пекучим, колочим або ниючим болем, алодинією та гіпералгезією. Біль може з'являтися через тижні або місяці після інсульту й зазвичай локалізується контралатерально до вогнища ураження. Частота ЦПБ становить 1–12 %, що пов'язано із різною локалізацією інсультів і складністю діагностики (Klit et al., 2009).

ЦПБ є складним для лікування і потребує індивідуалізованого міждисциплінарного підходу. Всім пацієнтам після інсульту рекомендовано проводити цілеспрямований скринінг на наявність центрального болю, а діагноз встановлювати після виключення інших можливих причин больового синдрому, зокрема м'язово-скелетного болю, спастичності або периферичної нейропатії.

Фармакотерапія є основою лікування ЦПБ; рекомендовано починати із низьких доз препаратів центральної дії з поступовою титрацією залежно від ефективності та переносимості. Препаратами першої лінії є габапентиніди (габапентин, прегабалін), ефективність яких за нейропатичного болю центрального походження підтверджено даними високої якості (Kim et al., 2011). Вони зменшують патологічну нейрональну збудливість через вплив на кальцієві канали; важливими є поступове підвищення дози й моніторинг побічних ефектів.

Альтернативою або доповненням можуть бути антидепресанти — трициклічні (амітриптилін) і селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну (зокрема дулоксетин), що модулюють низхідні антиноцицептивні шляхи й особливо корисні при поєднанні болю з депресією чи тривожністю (Mahesh et al., 2023). В окремих випадках застосовують ламотриджин (Vestergaard et al., 2001).

З огляду на хронічний характер ЦПБ лікування має бути комплексним і поєднувати фармакотерапію із психоосвітніми заходами, когнітивно-поведінковими стратегіями та підтримкою психічного здоров'я, що сприяє зменшенню болю й поліпшенню якості життя.

Біль у плечі та комплексний регіонарний больовий синдром

Біль у плечі після інсульту спостерігається у 22–47 % пацієнтів, зазвичай протягом двох тижнів — двох місяців, обмежує реабілітацію та погіршує якість життя. Причини включають підвивих, спастичність і травми м'яких тканин. Лікування потребує мультидисциплінарного підходу, що включає фізіотерапію, вправи на рухливість, стабілізацію плечового суглоба та тейпування (Anwer, Alghadir, 2020; Deng et al., 2021).

Фармакотерапія залежить від механізму болю. При запаленні або травмах застосовують нестероїдні протизапальні препарати (перорально або місцево), субакроміальні ін'єкції кортикостероїдів для зменшення запалення суглоба та присуглобових структур. При спастичності для зменшення болю та поліпшення функції ефективні ін'єкції ботулотоксину (Tan, Jia, 2021; Singh, Fitzgerald, 2010). Додатково можуть використовуватися функціональна електростимуляція, транскутанна електронейростимуляція, акупунктура та ортези (при м'язовій слабкості верхньої кінцівки для запобігання підвивихам) (Qiu et al., 2019).

Біль у плечі може супроводжуватися набряком кисті та комплексним регіонарним больовим синдромом. Ведення пацієнта включає раннє оцінювання фахівцем і фармакологічне лікування: короткий курс пероральних кортикостероїдів (30–50 мг/добу протягом 3–5 днів із поступовим зниженням дози упродовж 2–3 тижнів) для зменшення болю та набряку, а також додатково — акупунктуру чи ударно-хвильову терапію (Liu et al., 2019).

Комплексний менеджмент пацієнта передбачає поєднання медикаментозного лікування, фізіотерапії, застосування ортезів і електростимуляції для зменшення болю, оптимізації функції плеча та запобігання ускладненням.

Обмеження рухливості суглобів та спастичність

Спастичність верхніх кінцівок є частим ускладненням після інсульту і розвивається у 20–43 % пацієнтів протягом першого року, частіше у тих, хто має тяжкі моторні порушення. Вона обмежує довільні рухи, спричиняє патологічні положення кінцівок, контрактури, шкірні ускладнення та біль, що знижує здатність до виконання повсякденних дій, погіршує якість життя та збільшує навантаження на доглядачів (Lackritz et al., 2021). За ураження верхніх кінцівок використовуються фізіотерапевтичні методи, такі як розтягування та вправи на рухливість, хоча доказова база щодо їх ефективності обмежена. Основним і дієвим фармакологічним методом є ін'єкційна терапія ботулотоксином типу А, яка значно зменшує м'язовий тонус і біль та поліпшує пасивну функцію (Sun et al., 2019). У поєднанні з ботулотоксином застосовують електростимуляцію, терапію з обмеженням здорової руки, тейпування та динамічні шини. Пероральні антиспастичні препарати, як-от баклофен та тизанідин, можуть використовуватися як додаткові засоби, проте їх застосування обмежене через системні побічні ефекти, включно із сонливостю та втомлюваністю (Nasb et al., 2021; Ertzgaard et al., 2017).

Спастичність нижніх кінцівок зустрічається рідше, переважно в розгинальних м'язах, і спричиняє жорстку (скуту) ходу та труднощі підняття стопи. Основним методом лікування для поліпшення ходи, що має широку доказову базу, є ін'єкції ботулотоксину типу А, зазвичай у литковій м'язі (Doan et al., 2021). У випадках тяжкої хронічної спастичності,

яка не піддається контролю пероральними препаратами, розглядається інтратекальне введення баклофену (Creamer et al., 2018). Також досліджуються менш традиційні методи, як-от ударно-хвильова та вібраційна терапія (Zhang et al., 2023).

Оцінювання спастичності є обов'язковою частиною неврологічного обстеження та має проводитися регулярно на всіх етапах відновлення для своєчасного виявлення і контролю ускладнень. Для верхніх кінцівок у разі спастичності зап'ястя можливе використання позиційних ортезів, тоді як рутинне накладання шини лише за спастичності не рекомендоване. Ін'єкційна терапія ботулотоксином є основним методом у разі фокальної спастичності; продемонстровано її переваги як першої лінії лікування над застосуванням пероральних препаратів. Пероральні антиспастичні засоби можуть використовуватися як ад'юванти, але через побічні ефекти це треба робити з обережністю.

Також додатково можуть застосовуватися:

- електростимуляція;
- терапія з обмеженням здорової руки;
- тейпування;
- функціональні ортези, що підтримують рухливість;
- екстракорпоральна ударно-хвильова терапія;
- неінвазивна стимуляція мозку (в разі доступності).

Контроль спастичності має включати регулярне оцінювання стану пацієнта під час стаціонарної реабілітації та на початку й при завершенні амбулаторного відновлення.

За спастичності нижніх кінцівок рекомендовані активні й пасивні вправи на розтягування та мобілізацію суглобів, ін'єкції ботулотоксину для зменшення фокальної спастичності, а при тяжких випадках — інтратекальний баклофен. Додаткові методи, як-от ударно-хвильова та вібраційна терапія, можуть зменшувати спастичність і поліпшувати функцію ходи, особливо на ранніх етапах.

Порушення функції верхньої кінцівки

Порушення функції верхньої кінцівки спостерігається приблизно в 75 % пацієнтів у гострій фазі. Цей стан обмежує самостійність та здатність до повсякденних дій, може супроводжуватися болем і довготривалим зниженням функціональності (Lawrence et al., 2001). Для відновлення моторики та сили зазвичай застосовують завдання-орієнтоване тренування, терапію з обмеженням здорової руки, функціональну електростимуляцію, дзеркальну терапію, сенсорну стимуляцію, біофідбек-терапію; підходи з використанням ментальних образів, віртуальної реальності; силові вправи, адаптивне обладнання, функціональні ортези тощо (Khan et al., 2023; Barclay et al., 2020).

Фармакотерапія не є специфічним лікуванням порушень функції верхньої кінцівки, але має важливе допоміжне значення. Вона включає контроль супутньої спастичності, болю та судинних факторів ризику, лікування депресії, тривожності й больового синдрому, а також корекцію застосування седативних засобів чи препаратів, які знижують пильність та увагу, що може підвищувати ефективність реабілітаційних втручань і залученість пацієнта.

Порушення ходи, балансу й мобільності

Порушення ходи, балансу та мобільності після інсульту спостерігаються у 50–80 % пацієнтів і зумовлені м'язовою слабкістю, порушенням координації, пропріоцепції

та чутливості (Cho et al., 2014). Вони суттєво обмежують рівень самостійності, підвищують ризик падінь і негативно впливають на якість життя та соціальну активність пацієнтів. Ефективна реабілітація базується на інтенсивних, повторюваних і функціонально орієнтованих тренуваннях з індивідуальними цілями. Найбільшу доказову підтримку мають завдання-орієнтовані, аеробні та силові вправи, функціональна електростимуляція, тренування на біговій доріжці, ритмічна слухова стимуляція і застосування віртуальної реальності (Saunders et al., 2020; Jaqueline et al., 2021).

Відновлення ходи досягається через повторювані вправи на вставання, швидкість і дистанцію ходи; силові тренування корисні при легких і помірних порушеннях. Роботизовані методи не мають переваг над стандартною терапією. При синдромі «звисаючої стопи» (foot drop) показане індивідуальне ортезування. Баланс поліпшується завдяки вправам на обертання тулуба, тренуванням на нестабільних поверхнях, гімнастиці тай-чи та поєднанню моторних і сенсорних стратегій (Ghayour Najafabadi et al., 2022).

Аеробні тренування після стабілізації стану є обов'язковими, проводяться після оцінювання серцево-судинних ризиків і виконуються впродовж принаймні восьми тижнів, тричі на тиждень, із поступовим підвищенням тривалості (MacKay-Lyons et al., 2020). Фармакотерапія має допоміжну роль і полягає у корекції застосування препаратів, що можуть погіршувати витривалість, рівновагу чи безпеку під час фізичних навантажень.

Дисфагія, харчування і догляд за ротовою порожниною

Дисфагія є частим ускладненням інсульту і в гострій фазі виявляється приблизно у 37–78 % пацієнтів, що зумовлює підвищений ризик аспіраційної пневмонії, мальнутриції, дегідратації та подовження термінів госпіталізації. Своєчасне виявлення порушень ковтання із застосуванням стандартизованих скринінгових інструментів є ключовим етапом профілактики цих ускладнень (Boaden et al., 2021). У разі встановлення патології за результатами скринінгу необхідне залучення фахівців, підготовлених до ведення осіб із дисфагією, для проведення поглибленого клінічного оцінювання та формування індивідуального плану втручань, який охоплює питання безпеки ковтання, харчування та гідратації.

У пацієнтів із підозрою на орофарингеальну дисфагію або недостатній захист дихальних шляхів доцільно застосовувати інструментальні методи оцінювання, зокрема відеофлюороскопічне дослідження або фіброгастроуденоскопію, що дає змогу уточнити механізми порушення та індивідуалізувати терапевтичну тактику. Основу лікування дисфагії становлять немедикаментозні втручання, зокрема поведінкові та реабілітаційні методи (орофарингеальні вправи, тренування ковтальних маневрів), а також модифікація консистенції їжі та рідин для підвищення безпеки й ефективності приймання їжі. Як додаткові підходи можуть розглядатися методи електростимуляції, зокрема з фарингеальним розташуванням електродів, хоча доказова база щодо їх ефективності наразі обмежена (Bath et al., 2018). Окрему групу становлять експериментальні втручання, як-от неінвазивна стимуляція головного мозку, що можуть використовуватися як ад'ювантна терапія для тренування м'язів, залучених у процесі ковтання, проте ці методи ще не мають широкого регуляторного схвалення.

У випадках тяжкої дисфагії, коли безпечно пероральне харчування неможливе або не забезпечує покриття енергетичних і рідинних потреб, показано раннє призначення ентеральної нутритивної підтримки. Рішення щодо початку зондового харчування рекомендовано ухвалювати якомога раніше, зазвичай у перші 3–7 днів після госпіталізації, у тісній співпраці з пацієнтом, його родиною та мультидисциплінарною командою (Dennis et al., 2005). При очікуваній тривалій потребі в ентеральному харчуванні (≥ 4 тижні) перевагу слід надавати перкутанній ендоскопічній гастростомії як методу, що знижує ризик переривання годування та неефективності лікування.

Фармакотерапія у контексті дисфагії після перенесеного інсульту не включає специфічних засобів прямої дії на ковтальний акт, але відіграє важливу допоміжну роль. Вона передбачає корекцію супутніх станів, що можуть погіршувати ковтання та нутритивний статус, зокрема:

1. Контроль гастроєзофагеального рефлюксу.
2. Лікування інфекцій.
3. Оптимізоване застосування медикаментів, які впливають на рівень свідомості або м'язовий тонус.

Особливе значення має нутритивна підтримка додатковими засобами. Так, для пацієнтів, здатних до безпечного перорального приймання їжі, але із недостатнім споживанням калорій і білка або наявною преморбідною мальнутрицією, рекомендоване використання білково-енергетичних добавок та спеціалізованих нутритивних сумішей для підтримки маси тіла, м'язової сили й процесів нейрореабілітації (Schuetz et al., 2019).

Оцінювання харчового статусу та гідратації має проводитися у всіх пацієнтів з інсультом упродовж перших 24–48 год госпіталізації із використанням валідованих інструментів, а також повторюватися в динаміці під час стаціонарного лікування та після виписки. У разі виявлення ознак мальнутриції, дегідратації або наявності супутніх станів, що потребують корекції харчування, показано обов'язкове залучення лікаря-дієтолога. Забезпечення адекватних потреб в отриманні поживних речовин і рідини може здійснюватися як пероральним, так і ентеральним шляхом, із дотриманням рекомендацій щодо текстури їжі та консистенції рідин; якщо наявна мальнутриція, доцільним є призначення нутритивних добавок.

Догляд за ротовою порожниною є невід'ємним компонентом комплексного ведення пацієнтів після інсульту, особливо за наявності дисфагії. Активні заходи гігієни порожнини рота, зокрема чищення зубів і використання антисептичних ополіскувачів, рекомендовані щонайменше двічі на добу із метою зниження бактеріального навантаження та ризику аспіраційної пневмонії. Пацієнти, їхні родини та доглядальники мають отримувати міждисциплінарне навчання щодо безпечного харчування, профілактики аспірації та належного догляду за ротовою порожниною, а за потреби — скеровуватися до фахівців з орального здоров'я. Важливими клінічними аспектами також є заохочення пацієнтів до самостійного приймання їжі, коли це можливо, та правильне позиціонування під час їди або ентерального харчування для зменшення ймовірності задухи та аспірації.

Афазія

Афазія виникає у 21–38 % осіб після інсульту і пов'язана із гіршими клінічними наслідками, соціальною ізоляцією та депресією (Lazar, Boehme, 2017). Основою ведення

хворого є рання інтенсивна та достатньо тривала логопедична терапія, яка достовірно поліпшує комунікативні результати. Обов'язкові скринінг усіх пацієнтів і подальше стандартизоване оцінювання фахівцем. Терапія має індивідуалізований характер і може включати відновлення мовлення, читання й письма, використання невербальних стратегій та допоміжних засобів комунікації, а також навчання родини й медичних працівників принципам підтримуваної, «дружньої до афазії» комунікації (Brady et al., 2016).

Специфічної фармакотерапії афазії не існує, однак медикаментозна корекція депресії, тривожності, порушень сну чи больового синдрому та перегляд застосування препаратів із негативним впливом на когніцію можуть підвищувати залученість пацієнта й ефективність мовленнєвої реабілітації.

Зорові та зорово-перцептивні порушення

Зорові порушення після інсульту спостерігаються більш ніж у половини пацієнтів і включають зниження гостроти зору, диплопію, дефекти полів зору, порушення рухів очей, зорово-просторову неуважність та розлади зорового сприйняття. Вони істотно знижують якість життя й незалежність і асоційовані з підвищеним ризиком депресії та соціальної ізоляції (Rowe, 2017). Обов'язковими є ранній стандартизований скринінг і оцінювання зорових та зорово-перцептивних функцій у процесі реабілітації. Основу втручань становлять компенсаторні стратегії, тренування зорового сканування, адаптація середовища, функціональні завдання та сучасні підходи, зокрема дзеркальна терапія і застосування віртуальної реальності; при синдромі просторового ігнорування можливе використання призматичних окулярів та інших допоміжних методів із варіабельною ефективністю (Hazelton et al., 2022; Longley et al., 2021).

Специфічної фармакотерапії для цих порушень не існує, але оптимізація медикаментозного лікування має підтримувальне значення. Контроль судинних факторів ризику, лікування депресії чи тривожності й корекція застосування седативних засобів або препаратів, які знижують пильність та увагу, можуть опосередковано поліпшувати участь пацієнтів у зоровій реабілітації; за стійких порушень рекомендоване залучення нейроофтальмолога або оптометриста.

Порушення функції сечового міхура та кишківника

Нетримання сечі є поширеним ускладненням після інсульту і спостерігається в 32–79 % пацієнтів у гострій фазі, при цьому приблизно у 25 % воно зберігається через шість місяців (Brittain et al., 2000). Ведення хворого ґрунтується на ранньому скринінгу та індивідуальному оцінюванні причин порушень з урахуванням рухових, когнітивних і середовищних факторів. Немедикаментозні підходи, зокрема тренування сечового міхура, вправи для м'язів тазового дна та заплановане сечовипускання, мають помірну ефективність. Фармакотерапія (як-от антихолінергічні препарати й адренергічні агоністи) може зменшувати ургентність і частоту епізодів нетримання та поліпшувати якість життя, але потребує обережного застосування через часті побічні ефекти (Stoniute et al., 2023). Рутинне використання постійних катетерів не рекомендоване; як додатковий метод можна використовувати електростимуляцію та транскутанну електронейростимуляцію (Thomas et al., 2019).

Порушення функції кишківника, зокрема закрепи та нетримання калу, потребують активного скринінгу та індивідуального підходу. Структуровані освітні й поведінкові програми та медсестринські втручання знижують частоту епізодів енкопрозу, а фізіотерапія може зменшувати прояви закрепи (Todd et al., 2024). Фармакологічні засоби застосовують як допоміжну складову комплексної програми з регулярним оцінюванням ефективності та безпеки.

Ризик падінь

Особи після інсульту мають високий ризик падінь (14–65 %), особливо у гострому періоді та зі зростанням мобільності. Основні чинники ризику включають порушення балансу й ходи, зору, когніції, чутливості та м'язової сили (Zhang et al., 2025). Падіння можуть призводити до травм, страху руху, втрати незалежності та гірших реабілітаційних результатів.

Ризик падінь слід регулярно оцінювати для всіх пацієнтів із використанням валідованих інструментів. Особи із підвищеним ризиком потребують комплексного міждисциплінарного обстеження та індивідуального плану профілактики, що поєднує тренування балансу, ходи й сили, гімнастику тай-чи, модифікацію середовища, правильний підбір допоміжних засобів і навчання пацієнтів та доглядачів (Denissen et al., 2019).

Фармакотерапія має допоміжне значення й передбачає регулярний перегляд медикаментів із седативним ефектом, ризиком ортостатичної гіпотензії або когнітивних побічних дій. Після кожного падіння необхідно оцінити травми, проаналізувати обставини та оновити план профілактики.

Висновки

Сучасні дані переконливо свідчать про нагальну потребу в створенні доступних і скоординованих систем реабілітаційної допомоги для осіб, які відновлюються після інсульту, з урахуванням їхніх фізичних, психоемоційних, соціальних і середовищних потреб. Своєчасний доступ до спеціалізованої міждисциплінарної реабілітації є ключовим чинником оптимізації відновлення та зниження тривалої інвалідизації. Забезпечення безперервності допомоги на всіх етапах, зокрема у віддалених і малонаселених регіонах, залишається суттєвим викликом і потребує системних рішень. Віртуальні моделі догляду та технологічно підтримувана реабілітація мають значний потенціал для подолання географічних бар'єрів, підвищення інтенсивності втручань і залучення родин до процесу відновлення за умови врахування цифрової доступності та необхідності очної допомоги.

Особливу увагу слід приділяти індивідуалізації реабілітації з урахуванням статевих і гендерних відмінностей, життєвого контексту та довгострокових цілей пацієнтів. З огляду на зростання кількості осіб, які живуть із наслідками інсульту, фокус реабілітації має зміщуватися у бік підтримки довгострокового відновлення, активної участі в житті громади та збереження якості життя протягом усього постінсультного періоду.

Підготувала **Олена Коробка**

Оригінальний текст документа читайте на сайті
www.strokebestpractices.ca