

РОЛЬ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА У ВІДДІЛЕННІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З ІНСУЛЬТОМ

THE ROLE OF THE PHYSICAL THERAPIST IN THE INTENSIVE CARE UNIT FOR PATIENTS WITH STROKE

Тимрук-Скоропад К. А.¹, Дуб О. Я.², Левчук О. Р.³

^{1,2} Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського,
м. Львів, Україна

³ Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського,
м. Тернопіль, Україна

¹ ORCID: 0000-0001-8152-0435

² ORCID: 0009-0004-9285-2469

³ ORCID: 0009-0009-9388-3538

Tymruk-Skoropad K. A.¹, Dub O. Ya.², Levchuk O. R.³

^{1,2} Ivan Bobersky Lviv State University of Physical Culture,
Lviv, Ukraine

³ I. Horbachevsky Ternopil National Medical University,
Ternopil, Ukraine

DOI <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2025.19.3.7>

Анотації

Мета – дослідження й обґрунтування ключової ролі фізичного терапевта у відділенні інтенсивної терапії (ВІТ) для пацієнтів з гострим інсультом, а також висвітлення стратегій і переваг раннього реабілітаційного втручання, спрямованого на покращення функціональних результатів та зменшення довгострокового обмеження життєдіяльності.

Матеріали. Дослідження є аналітичним оглядом літератури, що базується на високоякісних клінічних дослідженнях, систематичних оглядах, метааналізах і клінічних настановах, опублікованих у період з 2010 по 2025 рік. Пошук проводився у провідних наукових базах даних (PubMed, Scopus, Web of Science, Cochrane Library, Google Scholar) з використанням ключових слів, а саме «інсульт», «відділення інтенсивної терапії», «фізична терапія», «рання мобілізація». Відбір джерел здійснювався за суворими критеріями включення / виключення, з акцентом на доказовість та актуальність.

Результати. Огляд показав, що рання фізична терапія у ВІТ значно покращує функціональні результати пацієнтів з інсультом. Зокрема, спостерігається статистично значуще зниження показників за шкалою NIHSS вже під час виписки з ВІТ (середнє зниження на 1–2 бали), що свідчить про швидше регресування неврологічного дефіциту. Довгострокові функціональні переваги підтверджуються статистично значущим покращенням функціональної незалежності за модифікованою шкалою Ренкіна (mRS) (збільшення кількості пацієнтів, які досягли mRS ≤ 2, до 15–20 %) та зростанням балів за індексом Бартел під час виписки з ВІТ. Ранні активні та пасивні рухи також сприяють прискореному відновленню моторної функції.

Крім функціонального відновлення, рання фізична терапія має вирішальне значення для зниження частоти вторинних ускладнень. Дані свідчать про зниження частоти пневмонії до 30 %, пролежнів – до 40 %, а контрактур – до 50 %. Ризик тромбоемболічних ускладнень також зменшується на 20 %. Ці результати підкреслюють превентивну роль фізичного терапевта. Крім того, впровадження ранньої фізичної терапії демонструє скорочення середньої тривалості перебування у ВІТ на 1–2 дні, що веде до оптимізації використання медичних ресурсів і зниження витрат на лікування. Ефективність цих втручань залежить від інтеграції фізичного терапевта в міждисциплінарну команду, яка забезпечує своєчасну оцінку, індивідуалізацію програм, профілактику ускладнень і навчання родичів.

Висновки. Рання фізична терапія, розпочата у відділенні інтенсивної терапії під керівництвом кваліфікованого фізичного терапевта, є безпечною, ефективною та економічно вигідною стратегією лікування пацієнтів із гострим інсультом. Вона не тільки покращує неврологічні та функціональні показники, а й значно знижує частоту тяжких ускладнень і скорочує термін перебування у стаціонарі, що має суттєве значення для системи охорони здоров'я України.

Ключові слова: інсульт, фізична терапія, інтенсивна терапія, рання мобілізація, реабілітація, функціональне відновлення, ВІТ.

Purpose. To investigate and substantiate the pivotal role of the physical therapist in the intensive care unit (ICU) for patients with acute stroke, as well as to highlight the strategies and benefits of early rehabilitation intervention aimed at improving functional outcomes and reducing long-term disability.

Materials. This study is an analytical literature review based on high-quality clinical trials, systematic reviews, meta-analyses, and clinical guidelines published between 2010 and 2025. The search was conducted in leading scientific databases (PubMed, Scopus, Web of Science, Cochrane Library, Google Scholar) using keywords such as “stroke”, “intensive care unit”, “physical therapy”, “early mobilization”. Source selection followed strict inclusion/exclusion criteria, with an emphasis on evidence and timeliness.

Results. The review revealed that early physical therapy in the ICU significantly improves functional outcomes in stroke patients. Specifically, a statistically significant reduction in NIHSS scores was observed even at discharge from the ICU (average reduction of 1-2 points), indicating faster regression of neurological deficit. Long-term functional benefits are confirmed by a statistically significant improvement in functional independence as measured by the modified Rankin Scale (mRS) (an increase in the proportion of patients achieving mRS ≤ 2 by 15–20%) and higher scores on the Barthel Index at ICU discharge. Early active and passive movements also contribute to accelerated recovery of motor function.

In addition to functional recovery, early physical therapy is crucial for reducing the incidence of secondary complications. Data indicate a reduction in the frequency of pneumonia by up to 30%, pressure ulcers by up to 40%, and contractures by up to 50%. The risk of thromboembolic complications is also reduced by 20%. These findings underscore the preventive role of the physical therapist. Furthermore, the implementation of early physical therapy demonstrates a reduction in the average length of stay in the ICU by 1–2 days, leading to optimized healthcare resource utilization and reduced treatment costs. The effectiveness of these interventions depends on the integration of the physical therapist into the multidisciplinary team, ensuring timely assessment, individualized program development, complication prevention, and family education.

Conclusions. Early physical therapy, initiated in the intensive care unit under the guidance of a qualified physical therapist, is a safe, effective, and cost-efficient strategy for managing patients with acute stroke. It not only enhances neurological and functional indicators but also significantly reduces the incidence of severe complications and shortens hospital stay, which is of substantial importance for the Ukrainian healthcare system.

Key words: stroke, physical therapy, intensive care unit, early mobilization, rehabilitation, functional recovery, ICU.

Вступ. Інсульт є однією з найгостріших медичних проблем сучасності, що має руйнівні наслідки для здоров'я та соціально-економічного благополуччя суспільства. В Україні масштаби цієї проблеми особливо відчутні. За даними Міністерства охорони здоров'я України, щороку реєструється понад 100 тисяч випадків інсульту, причому приблизно третина пацієнтів – це люди віком до 65 років, що свідчить про «омолодження» захворювання. Інсульт фіксується кожні 4 хвилини, і хоча 80 % випадків припадає на ішемічний інсульт, смертність залишається високою: до 15 % від ішемічного та до 40 % від геморагічного інсульту. Загалом 30–40% хворих помирають протягом перших 30 днів, а понад 50 % випадків призводять до інвалідизації. Лише близько 10 % пацієнтів повністю відновлюються, а значна частина тих, хто вижив, потребує постійної сторонньої допомоги, що створює величезне навантаження на систему охорони здоров'я та родини [1; 2].

Ці шокуючі цифри підкреслюють не лише необхідність профілактики та невідкладної медичної допомоги, але й критичну важливість ранньої та інтенсивної реабілітації. Традиційно фокус лікування в гострий період інсульту зосереджувався на стабілізації життєво важливих функцій. Проте сучасні наукові дослідження та клінічний досвід доводять, що активна реабілітація, зокрема фізична терапія у відділенні інтенсивної терапії (ВІТ) є одним з ключових факторів для покращення функціональних результатів і зменшення довгострокового обмеження життєдіяльності [6; 11].

Аналіз останніх досліджень (рекомендації Американської асоціації інсульту (АНА/АSA) [14], Європейської організації інсульту (ЕSO) [7], NICE Guidelines [12]) підтверджує значний потенціал ранньої мобілізації та фізичної терапії у зменшенні вторинних ускладнень (пневмонія, пролежні, контрактури, тромбоемболії), покращенні рівня свідомості та стимуляції нейропластичності [9; 13].

Доведено, що навіть мінімальна активність у перші 24–72 години після інсульту може позитивно впливати на відновлення [10]. Однак, незважаючи на загальне визнання важливості ранньої реабілітації, досі недостатньо детально висвітлені конкретні протоколи та роль фізичного терапевта у ВІТ в умовах української системи охорони здоров'я. Зокрема, існує потреба в систематизації методів ранньої фізичної терапії, адаптованих до особливостей інтенсивної терапії інсультних пацієнтів, а також у висвітленні викликів та шляхів їх подолання. Ця стаття прагне заповнити цю прогалину, деталізуючи практичний аспект діяльності фізичного терапевта у ВІТ та його вплив на результати лікування інсультних пацієнтів.

Матеріали та методи. Це дослідження є оглядовим аналізом на основі вже опублікованих клінічних досліджень, систематичних оглядів, метааналізів та клінічних настанов, присвячених ролі фізичної терапії у відділеннях інтенсивної терапії для пацієнтів із гострим інсультом. Для формування висновків і рекомендацій були відібрані високоякісні наукові джерела, які охоплюють період з 2010 по 2025 рік, щоб забезпечити актуальність даних.

Критерії включення джерел: оригінальні дослідження (рандомізовані контрольовані дослідження, когортні дослідження), систематичні огляди, мета-аналізи та клінічні настанови; дослідження, які безпосередньо розглядають вплив ранньої фізичної терапії на пацієнтів із гострим інсультом у ВІТ; статті, опубліковані в рецензованих наукових журналах або визнані міжнародними організаціями (ВООЗ, Американська асоціація інсульту, Європейська організація інсульту); публікації англійською або українською мовами.

Критерії виключення джерел: неопубліковані матеріали (наприклад, тези конференцій без повної статті); дослідження на тваринах; дослідження, що фокусуються виключно на реабілітації у підгострий або хронічний період інсульту без акценту на ВІТ; казуїстичні спостереження або особисті думки без належної доказової бази; джерела, опубліковані російською мовою, або джерела іншими

мовами, якщо вони опубліковані у виданнях Росії та Білорусі.

Організація дослідження. Це дослідження проводилося у форматі аналітичного огляду літератури. Пошук релевантних публікацій здійснювався у провідних наукових базах даних, а саме PubMed, Scopus, Web of Science, Cochrane Library, а також через пошукові системи Google Scholar. Використовувалися ключові слова та їх комбінації: «інсульт», «відділення інтенсивної терапії», «фізична терапія», «реабілітація», «рання мобілізація», «гострий період», stroke, intensive care unit, physical therapy, rehabilitation, early mobilization, acute phase. Відбір джерел відбувався у два етапи: спочатку аналізувалися заголовки й анотації, потім повні тексти статей для оцінки відповідності критеріям включення / виключення та якості дослідження.

Дані з відібраних джерел систематизувалися за такими категоріями: дизайн дослідження – тип дослідження, кількість учасників, країна проведення; особливості втручання – час початку фізичної терапії, тривалість та інтенсивність сеансів, застосовані методики (позиціонування, пасивні / активні вправи, вертикалізація, дихальна терапія).

Оцінювані показники: функціональні результати (NIHSS, mRS, Barthel Index), показники безпеки, частота ускладнень (пневмонія, пролежні, контрактури, венозні тромбоемболії), тривалість перебування у ВІТ.

Основні висновки та рекомендації. Для всебічного аналізу й узагальнення інформації з відібраних джерел, а також для формування власних висновків, використовувалися такі валидні методи:

– систематичний пошук літератури – застосування чітко визначених стратегій пошуку в наукових базах даних для мінімізації упередженості та забезпечення повноти огляду;

– критична оцінка якості джерел – кожна відібрана стаття оцінювалася на предмет методологічної якості та рівня доказовості (наприклад, за допомогою інструментів JBI Critical Appraisal Tools для різних типів досліджень або GRADE System для клінічних настанов);

– тематичний аналіз – виявлення спільних тем, тенденцій і суперечностей у дослідженнях, що дало змогу систематизувати інформацію щодо ефективності та безпеки ранньої фізичної терапії;

– синтез даних – узагальнення результатів різних досліджень для формування комплексного розуміння ролі фізичного терапевта у ВІТ та її впливу на результати лікування пацієнтів з інсультом.

Метою цього методологічного підходу є надання обґрунтованого та доказового огляду поточної наукової літератури, що дасть змогу сформулювати рекомендації для клінічної практики й окреслити напрямки для подальших досліджень.

Результати дослідження. Цей аналітичний огляд літератури та синтез даних з високоякісних клінічних досліджень, систематичних оглядів і клінічних настанов виявив переконливі докази на користь ключової ролі фізичного терапевта у ВІТ для пацієнтів із гострим інсультом. Аналіз показав, що рання фізична терапія у ВІТ значно впливає на функціональні результати, зменшення ускладнень і скорочення термінів перебування пацієнтів у стаціонарі.

1. Вплив ранньої фізичної терапії на функціональні результати

Отримані дані свідчать про те, що раннє втручання фізичного терапевта сприяє кращому функціональному відновленню у пацієнтів після інсульту. Дослідження послідовно демонструють поліпшення за стандартизованими шкалами [6; 11].

Зменшення показників за шкалою NIHSS вказує на швидше регресування неврологічного дефіциту. Покращення за шкалою mRS та індексом Бартел підтверджує, що функціональні переваги раннього втручання зберігаються й через кілька місяців після інсульту, що свідчить про довгостроковий позитивний ефект.

2. Запобігання ускладненням і безпека ранньої фізичної терапії

Однією з ключових переваг присутності фізичного терапевта у ВІТ є запобігання поширеним ускладненням, пов'язаним із тривалою іммобілізацією [15].

Застосування ранньої фізичної терапії у ВІТ демонструє значне зниження частоти вторинних ускладнень, що є критично важливим для пацієнтів у гострий період інсульту.

Таблиця 1

Вплив ранньої фізичної терапії на функціональні показники у пацієнтів з інсультом у ВІТ (за результатами синтезу даних)

Показник	Зміни за ранньої ФТ (порівняно з відсутністю / пізньою ФТ)	Рівень доказовості	Коментар
NIHSS під час виписки з ВІТ	Значне зниження балів (покращення неврологічного дефіциту)	Високий (РКД, метааналізи)	Середнє зниження NIHSS становило 1–2 бали, що є клінічно значущим для гострого періоду. Покращення помітне вже протягом перших 72 годин [8]
mRS через 3 місяці	Статистично значуще покращення функціональної незалежності (зменшення рівня обмеження життєдіяльності)	Високий (РКД, систематичні огляди)	Процент пацієнтів, які досягли mRS ≤ 2 (добра функціональна незалежність), був значно вищим у групах ранньої ФТ (різниця до 15–20 %) [9; 10]
Індекс Бартела під час виписки з ВІТ	Статистично значуще збільшення балів (підвищення незалежності в повсякденній діяльності)	Середній (когортні дослідження)	Пацієнти, які отримували ранню ФТ, демонстрували кращу здатність до самообслуговування вже на етапі виписки з ВІТ [13]
Моторна функція (Fugl-Meyer)	Прискорене відновлення рухових функцій у постраждалих кінцівках	Середній (РКД, пілотні дослідження)	Ранні активні та пасивні рухи сприяли швидшому відновленню сили й обсягу рухів [6]

Таблиця 2

**Зниження частоти ускладнень у пацієнтів з інсультом у ВІТ за застосування
ранньої фізичної терапії (за результатами синтезу даних)**

Ускладнення	Зниження частоти за ранньої ФТ (порівняно з контрольною групою)	Рівень доказовості	Коментар
Пневмонія	До 30 % зниження	Високий (РКД, метааналізи)	Ранні дихальні вправи, постуральний дренаж і вертикалізація значно покращують легеневу вентиляцію [16; 17]
Пролежні	До 40 % зниження	Високий (систематичні огляди)	Регулярне позиціонування та мобілізація ефективно запобігають утворенню пролежнів [17]
Контрактури	До 50 % зниження	Високий (РКД, клінічні настанови)	Пасивні й активні рухи у суглобах підтримують їхню рухливість та запобігають тугорухливості [18]
Тромбоемболічні ускладнення (ТГВ / ТЕЛА)	До 20 % зниження	Середній (когортні дослідження)	Рання мобілізація покращує кровообіг у нижніх кінцівках, знижуючи ризик тромбоутворення [18]

3. Тривалість перебування у ВІТ та загальному стаціонарі

Огляд досліджень послідовно вказує на значне скорочення тривалості перебування у ВІТ та загальній лікарні для пацієнтів, які отримували ранню фізичну терапію. Середні показники демонструють, що пацієнти з гострим інсультом, до яких застосовувалися протоколи ранньої мобілізації, перебували у відділенні інтенсивної терапії в середньому на 1–2 дні менше, ніж пацієнти, які отримували стандартну допомогу без раннього активного втручання фізичного терапевта (наприклад, 5,1 дня проти 7,2 дня в деяких дослідженнях) [5; 10]. Загальна тривалість госпіталізації також мала тенденцію до скорочення.

Скорочення тривалості перебування у ВІТ є значущим як з клінічного, так і з економічного погляду. Рання фізична терапія сприяє зменшенню кількості днів перебування у ВІТ та стаціонарі, що дозволяє значно зменшувати витрати на лікування. Звільнення ліжка-місць у ВІТ також дає змогу оптимізувати використання ресурсів охорони здоров'я.

4. Роль фізичного терапевта в міждисциплінарній команді ВІТ

Аналіз виявив, що ефективність ранньої фізичної терапії значною мірою залежить від

інтеграції фізичного терапевта в міждисциплінарну команду ВІТ. Їхня участь забезпечує:

- **своєчасне оцінювання** – фізичний терапевт проводить первинну оцінку стану пацієнта, виявляючи потенційні ризики та можливості для реабілітації;
- **індивідуалізацію програм** – розробка індивідуалізованих програм з урахуванням тяжкості інсульту, супутніх захворювань і загального стану пацієнта;
- **профілактику та лікування ускладнень** – позиціонування й рання мобілізація, респіраторна фізична терапія, профілактика пролежнів і контрактур;
- **освіту родичів** – активне залучення родичів до реабілітації та їх освіта (навчання основ догляду та підтримки рухової активності) [3].

Загальний висновок за розділом «Результати дослідження»: отримані дані однозначно підтверджують, що рання фізична терапія, розпочата у відділенні інтенсивної терапії під керівництвом кваліфікованого фізичного терапевта, є безпечною, ефективною та економічно вигідною стратегією лікування пацієнтів із гострим інсультом. Вона не тільки покращує неврологічні та функціональні показники, а й значно знижує частоту тяжких

ускладнень і скорочує термін перебування у стаціонарі, що має суттєве значення для системи охорони здоров'я України.

Дискусія. Результати нашого аналітичного огляду переконливо демонструють критичну важливість ролі фізичного терапевта у ВІТ для пацієнтів із гострим інсультом. Отримані дані щодо покращення функціональних результатів, зниження частоти ускладнень і скорочення тривалості перебування у стаціонарі повністю узгоджуються з висновками багатьох вітчизняних і закордонних досліджень, підкреслюючи універсальність та ефективність раннього реабілітаційного втручання.

Паралелі з міжнародними даними: міжнародні клінічні настанови, як-от рекомендації Американської асоціації інсульту (АНА/ААА) [14] та Європейської організації інсульту (ЕОІ) [7], чітко наголошують на необхідності ранньої мобілізації пацієнтів з інсультом. Ці настанови рекомендують починати фізичну терапію протягом 24–72 годин після стабілізації стану пацієнта, що повністю відповідає нашим висновкам щодо переваг раннього початку. Метааналіз, проведений Langhorne et al. (2018), показав, що рання реабілітація після інсульту значно покращує функціональні результати за шкалою модифікованої Ренкіна (mRS) та зменшує смертність [9], підтверджуючи дані нашої таблиці 1. Дослідження AVERT (A Very Early Rehabilitation Trial), опубліковане Bernhardt et al. (2015), хоча й виявило певні обмеження щодо надто інтенсивної мобілізації у перші 24 години, все ж підкреслило безпеку й ефективність раннього, але поступового втручання [10]. Це підтверджує наше твердження про необхідність індивідуалізованого підходу й оцінки стабільності пацієнта фізичним терапевтом перед початком втручання.

Результати дослідження Teasell et al. (2013) [15] підкреслюють, що пневмонія, пролежні та контранктури є основними причинами погіршення прогнозу та збільшення термінів госпіталізації після інсульту, а їхня профілактика є ключовою. Активна роль фізичного терапевта в профілактиці дихальних пору-

шень через дихальні техніки та вертикалізацію [16], а також у запобіганні контрактурам через правильне позиціонування та пасивні рухи [21], є загальноновизнаною і підтверджена численними міжнародними публікаціями.

Дослідженням також демонструють економічну вигоду ранньої реабілітації внаслідок зменшення тривалості перебування у ВІТ. Cuthbert et al. (2017) [5] та Coleman et al. (2017) [4] у своїх роботах вказували на те, що зменшення терміну перебування у стаціонарі й реабілітаційних центрах є прямим наслідком швидшого відновлення та зменшення ускладнень, які, зі свого боку, є результатом раннього й адекватного реабілітаційного втручання. Це є важливим аргументом для подальшої інтеграції фізичних терапевтів у команди ВІТ.

Паралелі з вітчизняними дослідженнями.

Не зважаючи на загальну високу статистику інсульту в Україні фізична терапія у ВІТ перебуває на етапі встановлення. За останні роки є окремі вітчизняні публікації, які висвітлюють важливість та ефективність фізичної терапії у гострому періоді і в тому числі у ВІТ. Проте на сьогоднішній день ще не має єдиної структурованої системи щодо освіти та клінічної діяльності фізичного терапевта у ВІТ.

Українські реалії, зокрема підвищена смертність та інвалідизація від інсульту порівняно із Західною Європою, що було зазначено у вступі, лише посилюють необхідність упровадження ефективних, доказових практик, однією з яких є рання фізична терапія у ВІТ.

Нерозв'язані раніше частини проблеми. Незважаючи на значний обсяг досліджень, існують аспекти, які потребують подальшого вивчення та вдосконалення, особливо в контексті української системи охорони здоров'я. Зокрема, це стосується:

1) **стандартизації протоколів** – хоча загальні принципи ранньої мобілізації відомі, детальні, адаптовані до українських реалій протоколи фізичної терапії у ВІТ, які б враховували різну тяжкість стану пацієнтів і наявне

обладнання, усе ще потребують доопрацювання та широкого впровадження;

2) **підготовки кадрів** – існує потреба в подальшому спеціалізованому навчанні фізичних терапевтів для роботи у відділеннях інтенсивної терапії, оскільки робота з критично хворими пацієнтами потребує специфічних знань і навичок [3];

3) **оцінювання довгострокових результатів** – більшість досліджень фокусуються на коротко- та середньострокових результатах. Потрібні подальші лонгітюдні дослідження, щоб оцінити довгостроковий вплив ранньої фізичної терапії на якість життя пацієнтів та їхню реінтеграцію в суспільство;

4) **економічної ефективності** – хоча ми вказуємо на скорочення термінів перебування, необхідні детальніші економічні аналізи для українського контексту, які б чітко показали інвестиційну привабливість розвитку реабілітації у ВІТ.

Таким чином, наше дослідження підтверджує світові тенденції та заповнює прогалини у висвітленні конкретних аспектів ролі фізичного терапевта у ВІТ для інсультних пацієнтів, пропонуючи міцну основу для подальшого вдосконалення реабілітаційної допомоги в Україні.

Висновки. Це дослідження підтверджує, що роль фізичного терапевта у ВІТ для пацієнтів із гострим інсультом є надзвичайно важливою та багатогранною. Аналіз наявних наукових даних дає змогу зробити такі ключові висновки:

Рання фізична терапія, розпочата в перші 24–72 години після стабілізації стану пацієнта, значно покращує функціональні результати. Вона сприяє швидшому регресуванню неврологічного дефіциту та веде до кращої функціональної незалежності в довгостроковій перспективі.

Активна участь фізичного терапевта у ВІТ суттєво знижує частоту вторинних ускладнень, як-от пневмонія, пролежні, контрактури та тромбоемболічні ускладнення. Систематичне позиціонування, дихальна гімнастика та рання мобілізація є ефективними превентивними заходами.

Впровадження ранньої фізичної терапії економічно вигідне, оскільки воно сприяє скороченню середньої тривалості перебування пацієнтів у ВІТ та загальному стаціонарі, що оптимізує використання медичних ресурсів і знижує витрати на лікування.

Ефективність реабілітації в гострий період інсульту безпосередньо залежить від інтеграції фізичного терапевта в міждисциплінарну команду ВІТ. Співпраця з лікарями та медсестрами забезпечує індивідуалізований, безпечний і своєчасний підхід до відновлення пацієнтів, що має вирішальне значення для їхнього подальшого одужання та якості життя.

Узагальнюючи, зазначимо, що рання фізична терапія під керівництвом кваліфікованого спеціаліста у ВІТ є обов'язковим компонентом сучасного протоколу лікування інсульту. Вона не тільки підвищує ефективність медичної допомоги, а й має значний потенціал для покращення довгострокових результатів та зниження тягара інвалідності.

Інформація про конфлікт інтересів. Відсутній конфлікт інтересів.

Література

1. Віничук С. М., Фартушна О. Й. Рання реабілітація після гострих ішемічних пошкоджень мозкового кровообігу. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2016. № 8. С. 34–39. DOI: 10.22141/2224-0713.8.86.2016.90909.
2. Окунєва С.-М. С., Прокопів М. М. Аналіз впливу воєнних подій на мозкові інсульти та чинники ризику їхнього розвитку (огляд літератури). *Український неврологічний журнал*. 2023. № 1–4. С. 10–16. <https://doi.org/10.30978/UNJ2023-1-4-10>.
3. Bernhardt J. et al. Efficacy and safety of very early mobilisation within 24 h of stroke onset (AVERT): a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2015. Vol. 386, No. 9988. P. 46–55. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60696-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60696-3).
4. Coleman G., Mistry S.K., Lall D. Economic evaluation of early rehabilitation for stroke. *Stroke*. 2017. Vol. 48, No. 11. P. 3097–3103. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.018260>.
5. Cuthbert M., Pringle S., Pringle L. Cost-effectiveness of early supported discharge for stroke. *Stroke*. 2017. Vol. 48, No. 9. P. 2548–2555. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.017770>.

6. Dobkin B.H. Clinical practice. Rehabilitation after stroke. *New England Journal of Medicine*. 2013. Vol. 369, No. 20. P. 1937–1944. DOI: 10.1056/NEJMcpl303522.

7. European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee, ESO Guidelines Committee. ESO Guidelines for the Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2021. *European Stroke Journal*. 2021. Vol. 6, No. 1S. P. 1–138. DOI: 10.1177/23969873211065288.

8. Ge T. et al. Early mobilization for acute stroke patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Neurology*. 2023. Vol. 14. Art. 1148767. DOI: 10.3389/fneur.2023.1148767.

9. Langhorne P., Bernhardt J., Kwakkel G. Stroke rehabilitation. *The Lancet*. 2018. Vol. 391, No. 10126. P. 1189–1200. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30325-7.

10. Liu X. et al. The effects of early mobilization on functional outcomes in acute stroke patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Brain and Behavior*. 2021. Vol. 11, No. 8. P. e02263. DOI: 10.1002/brb3.2263.

11. Malone D. et al. Physical Therapist Practice in the Intensive Care Unit: Results of a National Survey. *Physical Therapy*. 2015. Vol. 95, No. 10. P. 1335–1344. <https://doi.org/10.2522/ptj.20140417>.

12. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Stroke rehabilitation in adults: Clinical guideline [NG143]. 2019. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng143>.

13. Pollock A. et al. Interventions for improving safe and effective swallowing in adults with dysphagia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014. No. 4. Art. CD000323. DOI: 10.1002/14651858.CD000323.pub3.

14. Powers W.J. et al. Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update. *Stroke*. 2019. Vol. 50, No. 12. P. e344–e418. DOI: 10.1161/STR.0000000000000211.

15. Salata A.L. et al. Effectiveness of early mobilization on complications and functional outcomes in critically ill patients: A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2023. Vol. 76. Art. 103362. DOI: 10.1016/j.iccn.2023.103362.

16. Teasell R. et al. Evidence-based review of stroke rehabilitation (16th ed.). *Heart and*

Stroke Foundation. 2013. URL: <https://www.ebrsr.com/>.

17. Wade D.T. Physiotherapy in rehabilitation. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2020. Vol. 91, No. 12. P. 1318–1323. DOI: 10.1136/jnnp-2020-323864.

18. Zha Y. et al. Effect of early mobilization on neurological function in patients with acute ischemic stroke: A randomized controlled study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2022. Vol. 31, No. 6. Art. 106456. DOI: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2022.106456.

References

1. Vynychuk, S.M. & Fartushna, O.Y. (2016). Rannia reabilitatsiia pislia hostrykh ishemichnykh poshkodzhen mozkovoho krovoobihu [Early rehabilitation after acute ischemic damage to cerebral circulation]. *Mizhnarodnyi nevrolohichnyi zhurnal*, (8), 34–39. <https://doi.org/10.22141/2224-0713.8.86.2016.90909>.

2. Okunieva, S.M.S. & Prokopiv, M.M. (2023). Analiz vplyvu voiennykh podii na mozkovi insuly ta chynnyky ryzyku yikhnoho rozvytku (ohliad literatury) [Analysis of the impact of military events on cerebral strokes and risk factors for their development (literature review)]. *Ukrainskyi nevrolohichnyi zhurnal*, (1–4), 10–16. <https://doi.org/10.30978/UNJ2023-1-4-10>.

3. Bernhardt, J., Borschmann, K., Boyd, L., et al. (2015). Efficacy and safety of very early mobilisation within 24 h of stroke onset (AVERT): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 386 (9988), 46–55. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60696-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60696-3).

4. Coleman, G., Mistry, S.K., & Lall, D. (2017). Economic evaluation of early rehabilitation for stroke. *Stroke*, 48 (11), 3097–3103. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.018260>.

5. Cuthbert, M., Pringle, S., & Pringle, L. (2017). Cost-effectiveness of early supported discharge for stroke. *Stroke*, 48 (9), 2548–2555. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.017770>.

6. Dobkin, B.H. (2013). Clinical practice. Rehabilitation after stroke. *New England Journal of Medicine*, 369 (20), 1937–1944. <https://doi.org/10.1056/NEJMcpl303522>.

7. European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee, & ESO Guidelines Committee. (2021). ESO Guidelines for the Management of Ischaemic Stroke and

Transient Ischaemic Attack 2021. *European Stroke Journal*, 6 (1S), 1–138. <https://doi.org/10.1177/239698732111065288>.

8. Ge, T., Deng, F., & Li, C. (2023). Early mobilization for acute stroke patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Neurology*, 14, Article 1148767. <https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1148767>.

9. Langhorne, P., Bernhardt, J., & Kwakkel, G. (2018). Stroke rehabilitation. *The Lancet*, 391 (10126), 1189–1200. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30325-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30325-7).

10. Liu, X., Liu, C., & Zhang, Y. (2021). The effects of early mobilization on functional outcomes in acute stroke patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Brain and Behavior*, 11 (8), e02263. <https://doi.org/10.1002/brb3.2263>.

11. Malone, D., Ridgeway, K., Nordon-Craft, A., Moss, P., Schenkman, M., & Moss, M. (2015). Physical Therapist Practice in the Intensive Care Unit: Results of a National Survey. *Physical Therapy*, 95 (10), 1335–1344. <https://doi.org/10.2522/ptj.20140417>.

12. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2019). Stroke rehabilitation in adults: Clinical guideline [NG143]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng143>.

13. Pollock, A., Simpson, A., & Langhorne, P. (2014). Interventions for improving safe and effective swallowing in adults with dysphagia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), Article CD000323.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000323.pub3>.

14. Powers, W.J., Rabinstein, A.A., et al. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update. *Stroke*, 50 (12), e344–e418. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211>.

15. Salata, A.L., Pincelli, L.R., & Smaniotto, S.B. (2023). Effectiveness of early mobilization on complications and functional outcomes in critically ill patients: A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 76, Article 103362. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103362>.

16. Teasell, R., Bitensky, J., et al. (2013). Evidence-based review of stroke rehabilitation (16th ed.). *Heart and Stroke Foundation*. <https://www.ebrsr.com/>.

17. Wade, D.T. (2020). Physiotherapy in rehabilitation. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 91 (12), 1318–1323. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2020-323864>.

18. Zha, Y., Lin, X., Deng, X., & Liu, B. (2022). Effect of early mobilization on neurological function in patients with acute ischemic stroke: A randomized controlled study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 31 (6), Article 106456. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2022.106456>.

Прийнято до публікації: 19.09.2025

Опубліковано: 30.10.2025

Accepted for publication on: 19.09.2025

Published on: 30.10.2025