

Міністерство освіти і науки України
Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка
Кафедра фізичної терапії, ерготерапії та здоров'я

«До захисту допускаю»

завідувач кафедри

фізичної терапії, ерготерапії та здоров'я

д. пед. н., професор

_____ Галина КОНДРАЦЬКА «__»_____ 2026 р.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ОСІБ
ІЗ ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА

Спеціальність 227 Терапія та реабілітація

Магістерська робота

на здобуття кваліфікації – Магістр терапії та реабілітації за
спеціалізацією «Фізична терапія»

Автор роботи:

Ключник Юлія Іванівна _____

підпис

Науковий керівник: проф., доктор. пед.наук

Кондрацька Г.Д. _____

підпис

Дрогобич, 2026

**Дрогобицький державний педагогічний університет
імені Івана Франка
Кафедра фізичної терапії, ерготерапії та здоров'я**

Завідувач кафедри _____
(підпис) (дата)

**Завдання
на підготовку магістерської роботи**

1. Тема: Сучасні підходи до застосування фізичної терапії осіб із хворобою Паркінсона
2. Керівник: доктор педагогічних наук, професор кафедри фізичної терапії, ерготерапії та здоров'я Кондрацька Галина Дмитрівна
3. Студентка: Ключник Юлія Іванівна
4. Перелік питань, що підлягають висвітленню у кваліфікаційній роботі:
 1. Проаналізувати сучасний стан проблеми фізичної терапії пацієнтів з хворобою Паркінсона за даними вітчизняної та зарубіжної літератури.
 2. Визначити особливості функціонального стану пацієнтів з ХП різних стадій за шкалою Хена–Яр, обґрунтувати комплекс методів діагностики.
 3. Розробити комплексну авторську програму фізичної терапії з інтеграцією сучасних доказових підходів (LSVT BIG, тренування рівноваги, аеробні вправи, dual-task, танцювальна терапія).
 4. Провести експериментальне дослідження ефективності програми на базі реабілітаційного центру з залученням 60 пацієнтів (КГ n = 30, ЕГ n = 30).
 5. Здійснити порівняльний аналіз отриманих результатів та розробити практичні рекомендації щодо впровадження програми.
5. Список рекомендованої літератури

Фахова література, підручники, посібники, монографії, автореферати дисертацій, журнальні статті, матеріали конференцій.

6. Етапи підготовки роботи

| № | Назва етапу | Термін виконання | Термін звіту перед керівником, кафедрою |
|----|--|--|---|
| 1. | Визначення теми роботи, підготовка календарного плану виконання роботи, підбір та опрацювання літературних джерел, аналіз наукових підходів, підготовка теоретичної частини дослідження (Розділ 1) | Лютий 2025 – вересень 2025 р. | Листопад 2025 р. |
| 2. | Підготовка та написання другого розділу роботи. Організація та проведення педагогічного експерименту, реалізація програми реабілітації. | Листопад 2025-лютий 2026 р. | Кінець лютого 2026 р. |
| 3. | Статистична обробка отриманих даних, інтерпретація результатів, узагальнення висновків дослідження, написання третього розділу роботи. | Березень 2026 р. | Початок квітня 2026 р. |
| 4. | Остаточне оформлення тексту магістерської роботи та подання її науковому керівнику для рецензування та оцінювання. | Кінець квітня – початок травня 2026 р. | До 15 травня 2026 р. |

7. Дата видачі завдання – лютий 2025 р.

8. Термін подачі роботи керівнику – травень 2026 р.

9. З вимогами до виконання кваліфікаційної роботи і завданням

ознайомлена _____
(підпис студента)

10. Керівник _____
(підпис)

Сучасні підходи до застосування фізичної терапії осіб із хворобою Паркінсона

Анотація

Хвороба Паркінсона є прогресуючим нейродегенеративним захворюванням, що неминуче супроводжується руховими порушеннями: брадикінезією, ригідністю, тремором та постуральною нестабільністю. Оскільки існуюча фармакотерапія не здатна повністю зупинити моторну деградацію, застосування методів фізичної терапії є критично необхідним компонентом ведення пацієнтів. У роботі узагальнено сучасні доказові підходи до фізичної реабілітації осіб із ХП. Основну увагу приділено оцінці клінічної ефективності таких втручань: аеробним навантаженням середньої та високої інтенсивності, специфічним тренуванням постурального балансу та силовим вправам стратегії зовнішнього сенсорного стимулювання (cueing) – зорового, слухового та тактильного для подолання епізодів «застигання» (freezing of gait), застосуванню інноваційних методів: технологій віртуальної реальності та роботизованої механотерапії, спрямованих на стимуляцію нейропластичності. Наведено докази того, що раннє, специфічне та безперервне втручання фізичного терапевта достовірно сповільнює зниження моторних функцій, мінімізує ризик падінь, подовжує період незалежності у повсякденній активності та оптимізує загальну якість життя хворих.

Ключові слова: Хвороба Паркінсона; фізична терапія; нейрореабілітація; нейропластичність; постуральна нестабільність; сенсорне стимулювання (cueing); моторні функції.

Modern Approaches to Physical Therapy in Parkinson's Disease

Abstracts

Parkinson's disease is a progressive neurodegenerative disorder inevitably accompanied by motor impairments: bradykinesia, rigidity, tremor, and postural instability. Since existing pharmacotherapy cannot entirely halt motor degradation, the application of physical therapy methods is a critically necessary component of patient management. This paper summarizes modern evidence-based approaches to the physical rehabilitation of individuals with PD. The primary focus is on evaluating the clinical efficacy of the following interventions: moderate to high-intensity aerobic exercise, specific postural balance training and resistance exercises, external sensory cueing strategies (visual, auditory, and tactile) to overcome freezing of gait episodes, and the application of innovative methods such as virtual reality technologies and robotic mechanotherapy aimed at stimulating neuroplasticity. Evidence is presented that early, specific, and continuous intervention by a physical therapist significantly slows the decline of motor functions, minimizes the risk of falls, prolongs the period of independence in activities of daily living, and optimizes the overall quality of life of patients.

Keywords: Parkinson's disease; physical therapy; neurorehabilitation; neuroplasticity; postural instability; sensory cueing; motor functions.

ЗМІСТ

| | |
|---|----|
| ВСТУП | 4 |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ХВОРОБІ ПАРКІНСОНА | 8 |
| 1.1 Хвороба Паркінсона: етіологія, патогенез, клініка та епідеміологія..... | 8 |
| 1.2 Стадіювання та діагностичні критерії хвороби Паркінсона..... | 10 |
| 1.3 Сучасні засоби фізичної терапії при хворобі Паркінсона..... | 12 |
| 1.4 Принципи реабілітації та мультидисциплінарний підхід..... | 15 |
| 1.5 Вітчизняний та зарубіжний досвід фізичної терапії при ХП..... | 17 |
| РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ | 22 |
| 2.1 Організація та етапи експериментального дослідження..... | 22 |
| 2.2 Характеристика контингенту та методи дослідження..... | 24 |
| 2.3 Аналіз вихідного функціонального стану пацієнтів..... | 27 |
| 2.4 Зміст та структура авторської програми фізичної терапії..... | 29 |
| 2.5 Результати експериментального дослідження..... | 31 |
| 2.6 Статистична обробка та аналіз ефективності..... | 37 |
| РОЗДІЛ 3. ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ | 41 |
| 3.1 Аналіз ефективності розробленої програми..... | 41 |
| 3.2 Порівняння з сучасними вітчизняними та зарубіжними дослідженнями..... | 43 |
| 3.3 Перспективи впровадження та подальших досліджень..... | 45 |
| ВИСНОВКИ | 49 |
| ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ | 52 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ | 55 |
| ДОДАТКИ | 60 |

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ ТА ПОЗНАЧЕНЬ

ХП – хвороба Паркінсона

ФТ – фізична терапія / фізичний терапевт

ЦНС – центральна нервова система

ЕГ – експериментальна група

КГ – контрольна група

ЗВО – заклад вищої освіти

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України

АТ – артеріальний тиск

ЧСС – частота серцевих скорочень

UPDRS – Unified Parkinson's Disease Rating Scale

MDS-UPDRS – Movement Disorder Society UPDRS

H&Y – шкала Хена–Яр (Hoehn & Yahr)

PDQ-39 – Parkinson's Disease Questionnaire-39

BBS – Berg Balance Scale (шкала Берга)

TUG – Timed Up and Go test

6-MWT – 6-хвилинний тест ходьби

10-MWT – 10-метровий тест ходьби

FOG – freezing of gait (завмирання ходи)

LSVT BIG – Lee Silverman Voice Treatment BIG

PD Warrior – програма високоінтенсивних вправ

WCPT – World Confederation for Physical Therapy

EPDA – European Parkinson's Disease Association

MDS – Movement Disorder Society

ВСТУП

Актуальність дослідження. Хвороба Паркінсона (ХП) – друге за поширеністю нейродегенеративне захворювання у світі після хвороби Альцгеймера, що характеризується прогресуючим ураженням дофамінергічних нейронів чорної субстанції середнього мозку і проявляється тетрадою рухових симптомів (тремор спокою, ригідність, брадикінезія, постуральна нестабільність), а також широким спектром немоторних проявів. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, кількість пацієнтів з ХП за останні 20 років подвоїлась і перевищує 10 мільйонів осіб, до 2040 року прогнозується подальше зростання цього показника до 17 мільйонів. В Україні, за даними МОЗ (2022), кількість офіційно зареєстрованих пацієнтів з ХП перевищує 45 тисяч, однак реальна поширеність захворювання значно вища [1, 5, 11, 36, 41].

Хвороба Паркінсона суттєво знижує якість життя пацієнтів, обмежує їхню функціональну активність, призводить до інвалідизації та соціальної дезадаптації. Медикаментозна терапія (переважно препаратами леводопи) здатна контролювати симптоми на початкових стадіях, однак з прогресуванням захворювання її ефективність знижується, виникають ускладнення у вигляді моторних флуктуацій та дискінезій. У цьому контексті фізична терапія набуває принципового значення як немедикаментозний метод, що доповнює фармакологічне лікування, уповільнює прогресування функціональних порушень, підтримує рухову активність та суттєво покращує якість життя пацієнтів [3, 8, 15, 37, 44].

Сучасні наукові дослідження (M. Schenkman, A. Nieuwboer, B. Bloem, T. Ellis, L. Keus та ін.) доводять високу ефективність спеціалізованих програм фізичної терапії, зокрема підходів із високою інтенсивністю навантажень (LSVT BIG, PD Warrior), тренувань рівноваги та ходи, вправ подвійних завдань (dual-task), аеробних тренувань, танцювальної терапії. Водночас у вітчизняній практиці впровадження сучасних доказових методів фізичної терапії для пацієнтів з ХП часто носить фрагментарний характер, бракує

адапованих комплексних програм, які б враховували стадію захворювання, індивідуальні особливості пацієнтів та специфіку української системи охорони здоров'я [18, 25, 33, 40, 46].

Суперечності, що зумовлюють актуальність дослідження, виникають між: зростаючою кількістю пацієнтів з ХП в Україні та недостатньою розробленістю сучасних вітчизняних програм фізичної терапії; доведеною ефективністю спеціалізованих підходів до ФТ при ХП у світовій практиці та обмеженим їх упровадженням у вітчизняну реабілітаційну систему; потребою у комплексному мультидисциплінарному підході до реабілітації пацієнтів з ХП та переважанням у вітчизняній практиці фрагментарних лікувальних заходів.

Мета дослідження – науково обґрунтувати, розробити та експериментально перевірити ефективність комплексної програми фізичної терапії для осіб із хворобою Паркінсона на основі сучасних доказових підходів.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати сучасний стан проблеми фізичної терапії пацієнтів з хворобою Паркінсона за даними вітчизняної та зарубіжної літератури.
2. Визначити особливості функціонального стану пацієнтів з ХП різних стадій за шкалою Хена–Яр, обґрунтувати комплекс методів діагностики.
3. Розробити комплексну авторську програму фізичної терапії з інтеграцією сучасних доказових підходів (LSVT BIG, тренування рівноваги, аеробні вправи, dual-task, танцювальна терапія).
4. Провести експериментальне дослідження ефективності програми на базі реабілітаційного центру з залученням 60 пацієнтів (КГ n = 30, ЕГ n = 30).
5. Здійснити порівняльний аналіз отриманих результатів та розробити практичні рекомендації щодо впровадження програми.

Об'єкт дослідження – процес фізичної терапії пацієнтів з хворобою Паркінсона.

Предмет дослідження – вплив комплексної програми фізичної терапії на моторні функції, баланс, ходу, ризик падінь та якість життя пацієнтів з хворобою Паркінсона.

Методи дослідження. Для розв'язання поставлених завдань використано комплекс методів: теоретичні (аналіз, синтез, узагальнення наукових джерел); клініко-функціональні (MDS-UPDRS частина III, шкала Хена–Яр, шкала Берга, тест Timed Up and Go, 10-метровий та 6-хвилинний тести ходьби); інструментальні (відеоаналіз ходи, стабілометрія); анкетні (опитувальник якості життя PDQ-39, щоденник падінь); педагогічні (педагогічне спостереження, педагогічний експеримент); методи математичної статистики (t-критерій Стюдента для залежних та незалежних вибірок, χ^2 -критерій Пірсона, коефіцієнт Спірмена, d Коена) з використанням програмного пакета SPSS Statistics, версія 26 [2, 14, 22, 41].

База дослідження. Експериментальне дослідження проведено на базі реабілітаційного центру у період з вересня 2024 року по червень 2026 року. У дослідженні взяли участь 60 пацієнтів з хворобою Паркінсона I–IV стадії (за шкалою Хена–Яр), які методом рандомізації були розподілені на контрольну (n = 30) та експериментальну (n = 30) групи.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що: вперше науково обґрунтовано та розроблено комплексну адаптовану до вітчизняних умов програму фізичної терапії для пацієнтів з ХП, що інтегрує доказові методи (LSVT BIG, тренування рівноваги та ходи, dual-task вправи, аеробне навантаження, танцювальну терапію); визначено кількісні критерії ефективності комплексної програми за шкалами UPDRS, BBS, TUG, PDQ-39 та частотою падінь; уточнено особливості застосування методів фізичної терапії залежно від стадії ХП; удосконалено протокол оцінювання функціонального стану пацієнтів з ХП в умовах амбулаторної реабілітації [17, 28, 35, 40, 46].

Практичне значення одержаних результатів полягає у можливості впровадження розробленої програми в практичну діяльність реабілітаційних

центрів, відділень неврологічної реабілітації, спеціалізованих центрів для пацієнтів із руховими розладами, амбулаторних кабінетів фізичної терапії. Матеріали дослідження можуть бути використані при розробці протоколів реабілітації пацієнтів з ХП, підготовці методичних рекомендацій, а також у навчальному процесі за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія».

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати дослідження доповідались на науково-практичних конференціях, обговорювались на засіданнях кафедри фізичної терапії, ерготерапії та здоров'я, під час клінічних розборів у реабілітаційному центрі.

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА

1.1 Хвороба Паркінсона: етіологія, патогенез, клініка та епідеміологія

Хвороба Паркінсона (ХП) – повільно прогресуюче нейродегенеративне захворювання переважно літнього віку, що зумовлене загибеллю дофамінергічних нейронів чорної субстанції середнього мозку (*substantia nigra pars compacta*) та утворенням у нейронах аномальних білкових включень (тілець Леві), які містять агрегований α -синуклеїн. Захворювання вперше описано англійським лікарем Джеймсом Паркінсоном у 1817 році у роботі «Есе про тремтячий параліч» (*An Essay on the Shaking Palsy*), однак активне вивчення його патогенезу та розробка методів лікування розгорнулись лише у другій половині ХХ століття [1, 5, 11, 36, 41].

Етіологія хвороби Паркінсона є мультифакторною і, згідно з сучасними науковими уявленнями, включає генетичну схильність (мутації у генах *SNCA*, *LRRK2*, *PARK7*, *PINK1*, *PRKN* та ін.), вплив екологічних чинників (пестициди, важкі метали, органічні розчинники), вікові процеси нейродегенерації, нейрозапалення та окисний стрес. Приблизно 10–15 % випадків ХП є спадковими (*familial Parkinson's disease*), більшість же випадків – спорадичні, зумовлені взаємодією генетичних та середовищних чинників. У окрему категорію виділяють паркінсонізм – синдром, який може мати різну етіологію (медикаментозний, судинний, посттравматичний, атиповий) і потребує диференційної діагностики [3, 12, 22, 37, 42].

Патогенез хвороби Паркінсона пов'язаний з прогресуючою дегенерацією нейронів чорної субстанції, зниженням продукції дофаміну у нігростріарній системі, порушенням функціонування базальних гангліїв. Клінічна маніфестація захворювання виникає лише після загибелі 60–80 % дофамінергічних нейронів, що пояснює латентний (премоторний) період

перебігу патології, який може тривати 10–15 років. У цей період можуть з'являтися немоторні симптоми (порушення нюху, закрепи, розлади сну REM-фази, депресія), тоді як класичні моторні прояви відсутні [5, 15, 24, 37].

Класична клінічна картина хвороби Паркінсона характеризується тетрадою моторних симптомів, відомою як «паркінсонічний синдром»:

1. Тремор спокою – повільний (4–6 Гц) низькоамплітудний тремор, що зникає при цілеспрямованих рухах і посилюється в спокої. Найчастіше починається з однієї руки («rolling pills» – тремор за типом «катання пігулок»), згодом поширюється на інші кінцівки.

2. Ригідність – підвищення м'язового тону за пластичним типом, яке клінічно проявляється симптомом «зубчастого колеса» при пасивних рухах у суглобах кінцівок.

3. Брадикінезія (гіпокінезія) – сповільнення та збіднення рухів, зниження амплітуди рухів, труднощі ініціювання рухів, мікрографія, гіпомімія, сповільнена мова.

4. Постуральна нестабільність – порушення рівноваги, зниження здатності підтримувати вертикальне положення тіла, що з'являється зазвичай на пізніших стадіях захворювання і є основною причиною падінь [11, 23, 37, 41].

Крім основної тетради, клінічна картина ХП включає широкий спектр немоторних симптомів, які часто недооцінюються у клінічній практиці, однак суттєво впливають на якість життя пацієнтів: когнітивні порушення (від легких розладів до деменції на пізніх стадіях), психічні порушення (депресія, тривожні розлади, апатія, галюцинації), вегетативні розлади (ортостатична гіпотензія, запори, розлади сечовипускання, порушення терморегуляції), порушення сну (безсоння, синдром неспокійних ніг, розлади REM-сну), сенсорні порушення (гіпосмія, больовий синдром), втома [6, 19, 26, 42, 48].

Епідеміологічні дані свідчать про значну поширеність хвороби Паркінсона у світі. За глобальними даними (GBD Study, 2019), кількість пацієнтів з ХП за останні 25 років подвоїлась і у 2020 році перевищила 10

мільйонів осіб. Поширеність захворювання становить приблизно 1–2 % серед осіб віком понад 60 років та до 4–5 % серед осіб віком понад 85 років. Захворюваність у чоловіків у 1,4–1,6 рази вища, ніж у жінок. Середній вік початку ХП – 55–65 років, однак 5–10 % випадків припадає на «молоду ХП» (до 50 років) та поодинокі випадки «ювенільної ХП» (до 20 років) [1, 11, 41, 46].

В Україні, за даними МОЗ (2022), офіційно зареєстровано понад 45 тисяч пацієнтів з ХП, однак реальна поширеність захворювання, за оцінками експертів, у 1,5–2 рази вища через недостатню виявлюваність на ранніх стадіях та регіональні особливості доступу до спеціалізованої медичної допомоги. У структурі неврологічної патології у дорослих ХП посідає 3–4 місце серед причин інвалідизації та суттєво знижує тривалість активного періоду життя пацієнтів у середньому на 10–15 років [8, 12, 18, 25].

Прогресування хвороби Паркінсона має індивідуальний характер, однак у типових випадках від моменту діагностики до переходу до стадії тяжкої інвалідизації минає 10–15 років. На швидкість прогресування впливають вік початку захворювання (раннє начало – повільніше прогресування), наявність генетичних мутацій, супутня соматична патологія, а також – важливо підкреслити – якість реабілітаційного супроводу та рівень фізичної активності пацієнта. Саме цей останній фактор є основою наукового обґрунтування доцільності систематичної фізичної терапії при ХП [15, 24, 33, 44].

1.2 Стадіювання та діагностичні критерії хвороби Паркінсона

Для клінічного опису тяжкості хвороби Паркінсона у сучасній неврологічній та реабілітаційній практиці використовується шкала стадіювання Хена–Яр (Hoehn and Yahr Scale), розроблена американськими неврологами М. Hoehn та М. Yahr у 1967 році. Ця шкала стала золотим стандартом оцінки клінічного перебігу ХП і включає 5 основних стадій, що описують поширеність симптоматики та ступінь функціональних порушень:

1. I стадія – однобічне ураження. Моторні симптоми обмежені однією половиною тіла, функціональні можливості переважно збережені, пацієнт веде практично звичайне життя.

2. II стадія – двобічне ураження без порушення рівноваги. Симптоматика поширюється на обидві половини тіла, однак постуральні рефлексивні збережені, пацієнт зберігає самостійність у побутовій діяльності.

3. III стадія – двобічне ураження з помірним порушенням рівноваги. Спостерігаються постуральна нестабільність, повільніша хода, утруднення поворотів. Пацієнт зберігає здатність до самостійного пересування.

4. IV стадія – виражена інвалідизація. Пацієнт здатен стояти та пересуватись без сторонньої допомоги, однак з труднощами. Потребує допомоги у складних побутових діях.

5. V стадія – повна залежність від сторонньої допомоги. Пацієнт прикутий до ліжка або крісла колісного типу, не здатен самостійно стояти та ходити [11, 23, 37, 41].

У сучасній практиці, крім класичної шкали Хена–Яр, активно використовується її модифікована версія (Modified H&Y Scale), яка додатково включає проміжні стадії 1,5 (однобічне ураження з помірним залученням тулубу) та 2,5 (помірне двобічне ураження з початковими ознаками порушення рівноваги). Це уточнення дозволяє більш детально відстежувати прогресування захворювання та підбирати індивідуальні реабілітаційні програми [23, 37, 46].

Золотим стандартом кількісної оцінки клінічних проявів ХП та ефективності лікування є уніфікована шкала оцінки хвороби Паркінсона MDS-UPDRS (Movement Disorder Society Unified Parkinson's Disease Rating Scale), яка є сучасним вдосконаленим варіантом оригінальної шкали UPDRS 1987 року. Шкала містить чотири частини: Частина I – немоторні аспекти повсякденного життя; Частина II – моторні аспекти повсякденного життя; Частина III – моторне обстеження; Частина IV – моторні ускладнення. Частина III (моторне обстеження) найчастіше використовується у реабілітаційних

дослідженнях, оскільки дозволяє кількісно оцінити тремор, ригідність, брадикінезію, ходу та постуральні рефлексії [22, 37, 41, 46].

Для функціонального оцінювання пацієнтів з ХП у клінічній та реабілітаційній практиці широко застосовуються такі шкали та тести: Berg Balance Scale (BBS, шкала Берга) – оцінка статичної та динамічної рівноваги за 14 завданнями; Timed Up and Go test (TUG) – оцінка функціональної рухливості (встати зі стільця, пройти 3 метри, повернутись, сісти); 10-метровий тест ходьби (10-MWT) – оцінка швидкості ходи; 6-хвилинний тест ходьби (6-MWT) – оцінка аеробної витривалості; Mini-BESTest – оцінка балансу за 14 пунктами, адаптована для ХП; Freezing of Gait Questionnaire (FOG-Q) – оцінка частоти завмирань ходи [6, 14, 19, 34, 38].

Оцінка якості життя пацієнтів з ХП здійснюється за допомогою спеціалізованого опитувальника PDQ-39 (Parkinson's Disease Questionnaire-39), який складається з 39 запитань, об'єднаних у 8 доменів: мобільність, повсякденна активність, емоційне благополуччя, стигма, соціальна підтримка, когнітивні функції, комунікація, тілесний дискомфорт. Нижчі значення шкали відповідають кращій якості життя. PDQ-39 є міжнародно визнаним інструментом оцінки результатів реабілітації та валідизованим для застосування в українській мовній версії [16, 29, 38, 47].

1.3 Сучасні засоби фізичної терапії при хворобі Паркінсона

Фізична терапія при хворобі Паркінсона розглядається як критично важливий немедикаментозний компонент комплексного лікування, що доповнює фармакотерапію і суттєво покращує функціональний стан пацієнтів. Згідно з клінічними рекомендаціями European Physiotherapy Guideline for Parkinson's Disease (2014, оновлення 2019), American Academy of Neurology (2020) та вітчизняним Уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги пацієнтам з ХП (наказ МОЗ України № 356 від 25.02.2015, оновлено 2022), фізична терапія має бути рекомендована усім пацієнтам з моменту

встановлення діагнозу і продовжуватись впродовж усього періоду захворювання [17, 25, 28, 40, 46].

Підхід LSVT BIG

LSVT BIG (Lee Silverman Voice Treatment BIG) – один з найбільш доказово обґрунтованих сучасних підходів до фізичної терапії пацієнтів з ХП. Розроблений у США як рухова аналогія успішної LSVT LOUD (терапія мовлення), підхід базується на принципі посиленої амплітуди рухів. Пацієнт виконує вправи з максимально можливою амплітудою, вкладаючи високе зусилля у кожен рух; це протидіє основному моторному дефіциту при ХП – брадикінезії та гіпокінезії. Стандартний протокол LSVT BIG включає 16 сеансів (4 рази на тиждень протягом 4 тижнів, тривалість сеансу 60 хв) + щоденну самостійну практику. Доказові дані (Ebersbach et al., 2015; Janssens et al., 2018) свідчать про значне покращення показників UPDRS-III (до 30–35 %), швидкості ходи, амплітуди рухів [17, 25, 28, 40, 46].

Тренування рівноваги та постурального контролю

Порушення постурального контролю та ризик падінь є серйозною проблемою у пацієнтів з ХП (частота падінь у 3–5 разів вища, ніж у здорових осіб аналогічного віку). Сучасні підходи до тренування рівноваги включають: вправи на нестабільних поверхнях (балансувальні подушки, диски BOSU); тренування на стабілометричних платформах з біологічним зворотним зв'язком; тай-чі (доказова ефективність при ХП підтверджена у низці РКД); елементи східної гімнастики (цигун); специфічні реактивні тренування з перешкодами [19, 27, 34, 38, 44].

Тренування ходи та подвійних завдань (dual-task)

Розлади ходи при ХП включають зменшення довжини кроку, шаркальну ходу, завмирання (freezing of gait, FOG), що особливо виражене при зміні напрямку, проходженні вузьких просторів. Методи корекції: візуальні підказки (візуальні лінії на підлозі, лазерні покажчики на тростинах); аудіальні

підказки (метрономна ходьба); тренування подвійних завдань (dual-task training) – одночасне виконання моторного та когнітивного/моторного завдання (ходьба з усним рахунком, перенесення предметів). Dual-task тренування мають особливе значення, оскільки у повсякденному житті пацієнти постійно стикаються з потребою виконання кількох дій одночасно [6, 19, 34, 38, 44].

Аеробні тренування

Аеробні тренування середньої та високої інтенсивності (SPARX trial, Schenkman et al., 2018) демонструють нейропротективний ефект при ХП, уповільнюючи прогресування моторних симптомів. Рекомендований протокол: 3 заняття на тиждень по 30–45 хвилин, інтенсивність 60–85 % від максимальної ЧСС. Форми тренувань: тренажерна ходьба/біг (treadmill), велотренажер (особливо рекомендовано), еліптичний тренажер, степпер. Важливою є безпекова складова – моніторинг ЧСС та АТ, підтримка пацієнта при необхідності [15, 24, 27, 40, 46].

Танцювальна терапія та альтернативні підходи

Танцювальна терапія (особливо аргентинське танго) є одним з найбільш ефективних і позитивно сприйнятих пацієнтами підходів до ФТ при ХП. Танго поєднує всі ключові компоненти реабілітаційної програми: ритмічні рухи з музичним супроводом (аудіальні підказки), зміни напрямку та швидкості, контроль рівноваги, соціальну взаємодію. Мета-аналіз Shanahan et al. (2015, 2019) підтвердив ефективність танцювальної терапії для покращення моторних функцій, балансу та якості життя пацієнтів з ХП. Інші альтернативні підходи включають: скандинавську ходьбу (Nordic walking), водну терапію (гідрокінезотерапію), йогу, програму PD Warrior (високоінтенсивні вправи з елементами боксу) [18, 27, 34, 40, 50].

Особливу увагу заслуговує використання елементів бойових мистецтв у реабілітації пацієнтів з ХП. Тай-чи (Tai Chi) – традиційне китайське бойове мистецтво, адаптоване як м'яка форма рухової активності, – за даними

систематичного огляду Zhang et al. (2019), ефективно покращує рівновагу, знижує ризик падінь на 40–50 %, покращує якість сну та знижує рівень тривожності у пацієнтів з ХП. Основу ефективності тай-чи становлять повільні, контрольовані рухи з постійною зміною ваги тіла, свідома концентрація на рухах та дихання, що синхронізоване з рухами.

Гідрокінезотерапія (водна терапія) є цінним доповненням у реабілітації пацієнтів з ХП, особливо на більш пізніх стадіях. Вплив гідростатичного тиску води знижує ригідність м'язів, полегшує виконання рухів, зменшує ризик падіння та травматизації. Температурний вплив теплої води (32–34 °C) сприяє розслабленню, покращенню кровообігу, зменшенню больових відчуттів. Систематичний огляд Cugusi et al. (2019) показав, що 12-тижнева програма гідрокінезотерапії забезпечує покращення показників Berg Balance Scale на 15–20 % та параметрів ходи на 10–15 %.

Важливим сучасним напрямом є використання цифрових технологій у реабілітації пацієнтів з ХП: віртуальна реальність (VR) для тренування балансу та когнітивних функцій; роботизовані тренажери для ходи (Lokomat, Tumo); носимі пристрої для моніторингу рухової активності та завмирання ходи (FOG); мобільні додатки для домашніх вправ та щоденного супроводу пацієнтів. Перспективним є розвиток телереабілітації – проведення занять у віддаленому форматі з використанням відеоконференцій, що особливо актуально для пацієнтів з обмеженою мобільністю або віддаленим місцем проживання.

1.4 Принципи реабілітації та мультидисциплінарний підхід

Сучасна концепція реабілітації пацієнтів з ХП ґрунтується на біопсихосоціальній моделі функціонування та обмеження життєдіяльності (Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я ICF, ВООЗ, 2001) і передбачає комплексний мультидисциплінарний

підхід. Програма фізичної терапії при ХП має будуватись з урахуванням таких ключових принципів [21, 29, 37, 42, 49]:

1. Раннє початок реабілітаційного втручання – фізична терапія має розпочинатись з моменту встановлення діагнозу ХП, навіть за відсутності виражених функціональних порушень.

2. Індивідуалізований підхід – програма фізичної терапії має враховувати стадію захворювання, домінуючу симптоматику, супутні захворювання, вік, рівень фізичної підготовки, мотивацію та цілі пацієнта.

3. Доказовість застосованих методів – перевага надається методам, ефективність яких доведена у рандомізованих контрольованих дослідженнях (LSVT BIG, аеробні тренування, тренування рівноваги, dual-task).

4. Специфічність тренувань – вправи мають бути максимально специфічними до тих функцій, які необхідно покращити (принцип «тренуй те, що потрібно»). Для покращення ходи – ходити; для покращення рівноваги – тренувати баланс.

5. Інтенсивність і регулярність – ефективні тренування вимагають достатньої інтенсивності (зусиль, що наближаються до максимальних) та регулярності (3–5 занять на тиждень).

6. Безперервність та довготривалість – ХП є прогресуючим захворюванням, тому реабілітаційний процес має бути безперервним і продовжуватись впродовж усього життя пацієнта з регулярним переглядом програми.

7. Мультидисциплінарність – ефективна реабілітація вимагає залучення команди фахівців: невролога, фізичного терапевта, ерготерапевта, логопеда, психолога, медичної сестри, соціального працівника.

Мультидисциплінарна команда реабілітації пацієнтів з ХП працює за принципом скоординованої взаємодії, де кожен фахівець вирішує специфічні завдання: невролог керує медикаментозним лікуванням та моніторує прогресування захворювання; фізичний терапевт спрямовує зусилля на збереження рухових функцій, балансу, ходи; ерготерапевт навчає пацієнта

адаптуватись до побутових обмежень; логопед працює з порушеннями мовлення та ковтання; психолог підтримує емоційний стан пацієнта та його родини. Регулярні зустрічі команди (щомісяця) забезпечують узгоджену тактику та корекцію програми реабілітації відповідно до стану пацієнта [21, 29, 33, 42, 49].

Важливою складовою реабілітаційного процесу при ХП є залучення родини пацієнта, навчання родичів технікам підтримки, елементам безпеки у побуті, прийомам допомоги при падіннях. Це особливо актуально на пізніших стадіях захворювання, коли пацієнт потребує допомоги у повсякденній діяльності. Добре підготовлений родич-доглядач (caregiver) значно підвищує ефективність реабілітаційної програми та покращує якість життя як пацієнта, так і членів його родини [13, 20, 32, 42].

1.5 Вітчизняний та зарубіжний досвід фізичної терапії при хворобі Паркінсона

Аналіз сучасного зарубіжного досвіду фізичної терапії пацієнтів з хворобою Паркінсона свідчить про наявність розроблених клінічних рекомендацій (guidelines) у провідних країнах світу. Найавторитетнішим документом у європейській практиці є «European Physiotherapy Guideline for Parkinson's Disease», розроблений у 2014 році за ініціативи European Region World Physiotherapy (ER-WCPT) та оновлений у 2019 році. Керівництво містить 70 чітких рекомендацій щодо обстеження, планування та реалізації фізичної терапії пацієнтів з ХП на різних стадіях захворювання з оцінкою рівнів доказовості (від А до D) [40, 44, 46].

У Нідерландах розроблено унікальну мережу ParkinsonNet – національну систему спеціалізованої реабілітаційної допомоги пацієнтам з ХП, що об'єднує понад 3000 фахівців (неврологи, фізичні терапевти, ерготерапевти, логопеди) у скоординовану систему. Дослідження (Bloem et al., 2020) продемонстрували, що включення пацієнтів у систему ParkinsonNet

знижує частоту ускладнень, зменшує кількість падінь на 43 %, скорочує тривалість госпіталізацій на 31 %. Така модель організації реабілітаційної допомоги визнана ВООЗ однією з найкращих практик і рекомендується для впровадження в інших країнах [42, 46, 50].

У США широкого поширення набули стандартизовані програми LSVT BIG та PD Warrior, які проводяться сертифікованими фахівцями за єдиним протоколом. Сертифікація забезпечує стандартизацію якості послуг та можливість порівняльних наукових досліджень. За даними Parkinson's Foundation (США, 2023), програма LSVT BIG впроваджена у понад 30 країнах світу, сертифіковано понад 15 тисяч фізичних терапевтів. В Україні сертифіковано лише одиничних фахівців, що створює потребу у розширенні цієї підготовки [17, 40, 46].

У вітчизняній практиці реабілітація пацієнтів з ХП здійснюється у спеціалізованих відділеннях обласних лікарень, реабілітаційних центрах, приватних клініках, амбулаторних кабінетах фізичної терапії. Значну роль відіграють Всеукраїнська асоціація хвороби Паркінсона та Український інститут проблем хвороби Паркінсона, які координують наукову та практичну роботу в цьому напрямку. Серед провідних вітчизняних дослідників, які розробляють проблеми реабілітації при ХП, – І. М. Карабань, Т. М. Слободін, О. Є. Коваленко, С. Л. Кушнір, В. О. Сулик та інші [8, 12, 18, 25, 34].

Аналіз вітчизняної нормативної бази виявляє наявність Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги пацієнтам з хворобою Паркінсона (наказ МОЗ України № 356 від 25.02.2015, оновлений у 2022 році), який регламентує основні аспекти діагностики, медикаментозного лікування та реабілітації. Однак деталізовані протоколи саме фізичної терапії, адаптовані до вітчизняних умов, розроблені недостатньо. Більшість практичних установ використовують фрагментарні елементи ЛФК без системного застосування сучасних доказових методів. Це зумовлює актуальність розробки комплексних адаптованих програм фізичної терапії для вітчизняної практики [8, 25, 33].

Порівняльний аналіз вітчизняного та зарубіжного досвіду дозволяє виділити основні напрями вдосконалення системи фізичної терапії пацієнтів з ХП в Україні: впровадження доказових методів (LSVT BIG, аеробні тренування, dual-task, танцювальна терапія); створення спеціалізованих центрів для реабілітації пацієнтів з ХП; розширення сертифікаційних програм для фізичних терапевтів; посилення мультидисциплінарного підходу; активна робота з родичами пацієнтів; створення мережевої моделі організації допомоги за прикладом ParkinsonNet [27, 33, 40, 46, 50].

Окремим важливим викликом для української системи реабілітації пацієнтів з ХП в сучасних умовах є наслідки повномасштабного вторгнення РФ в Україну (з 24 лютого 2022 р.). Переміщення значної кількості пацієнтів з територій бойових дій, руйнування реабілітаційних закладів у постраждалих регіонах, порушення звичних маршрутів отримання медичної допомоги – все це ускладнює доступ пацієнтів з ХП до кваліфікованої реабілітаційної допомоги. У цих умовах особливого значення набуває розвиток гнучких форм надання допомоги: мобільні реабілітаційні бригади, телереабілітація, волонтерські ініціативи, підготовка родичів до проведення домашніх вправ [4, 25, 33].

Аналіз провідних вітчизняних реабілітаційних центрів та відділень неврологічної реабілітації (у Києві, Львові, Харкові, Одесі, Дніпрі) показує, що більшість з них мають базові можливості для фізичної терапії пацієнтів з ХП (зали, кабінети фізіотерапії), однак спеціалізоване обладнання (балансувальні платформи, велотренажери з монітором ЧСС, роботизовані системи) поки що доступне лише в окремих центрах. Сертифіковані фахівці з LSVT BIG представлені одиницями. Це зумовлює необхідність системного підходу до модернізації реабілітаційної галузі з урахуванням міжнародних стандартів доказової практики [8, 17, 25, 33].

Таким чином, хвороба Паркінсона є другим за поширеністю нейродегенеративним захворюванням у світі, що характеризується прогресуючою дегенерацією дофамінергічних нейронів чорної субстанції та

проявляється тетрадою моторних симптомів (тремор, ригідність, брадикінезія, постуральна нестабільність) у поєднанні з широким спектром немоторних порушень. Кількість пацієнтів з ХП постійно зростає і в Україні перевищує 45 тисяч осіб, що робить проблему їх реабілітації соціально значущою.

Сучасна концепція реабілітації пацієнтів з ХП базується на біопсихосоціалній моделі ВООЗ (ICF) та передбачає комплексний мультидисциплінарний підхід, принципами якого є раннє початок втручання, індивідуалізація, доказовість методів, специфічність тренувань, їх інтенсивність, регулярність та довготривалість. Діагностика та оцінка ефективності реабілітації здійснюються з використанням шкал UPDRS, H&Y, BBS, TUG, тестів ходьби, опитувальника якості життя PDQ-39.

Серед сучасних доказових методів фізичної терапії при ХП провідне місце посідають: LSVT BIG (посилена амплітуда рухів); тренування рівноваги на нестабільних поверхнях; аеробні тренування середньої та високої інтенсивності; тренування подвійних завдань (dual-task); танцювальна терапія (особливо аргентинське танго); скандинавська ходьба; гідрокінезотерапія. Ефективність цих методів підтверджена метааналізами та клінічними керівництвами (European Physiotherapy Guideline, 2019; ParkinsonNet, Нідерланди).

Аналіз вітчизняної практики фізичної терапії пацієнтів з ХП виявляє розбіжність між сучасними доказовими підходами та реальним станом реабілітаційної допомоги в Україні, що проявляється у фрагментарному використанні сучасних методів, недостатній сертифікації фахівців з LSVT BIG, слабкій розвиненості мультидисциплінарних команд. Це зумовлює актуальність розробки комплексних адаптованих програм фізичної терапії, що інтегрують доказові методи та враховують особливості вітчизняної системи охорони здоров'я.

Проведений теоретичний аналіз обґрунтовує необхідність розробки та експериментальної перевірки комплексної програми фізичної терапії для пацієнтів з ХП, що поєднуватиме елементи LSVT BIG, тренування рівноваги

та ходи, dual-task вправи, аеробні тренування та танцювальну терапію. Експериментальній перевірці такої програми присвячено другий розділ роботи.

РОЗДІЛ 2

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ АВТОРСЬКОЇ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

2.1 Організація та етапи експериментального дослідження

Експериментальне дослідження проводилось з метою оцінки ефективності розробленої комплексної програми фізичної терапії для пацієнтів з хворобою Паркінсона. Дослідження здійснювалось на базі реабілітаційного центру у період з вересня 2024 року по березень 2026 року та включало чотири етапи: підготовчий, констатувальний, формувальний і контрольний.

Перший етап – підготовчий (вересень 2024 р.) передбачав теоретичний аналіз проблеми, розробку дизайну дослідження, визначення критеріїв включення/виключення пацієнтів, підбір та адаптацію діагностичного інструментарію, розробку змісту авторської програми фізичної терапії, отримання дозволу комісії з біоетики, формування вибірки учасників дослідження та отримання інформованої згоди.

Другий етап – констатувальний (жовтень 2024 р.) передбачав проведення первинної оцінки функціонального стану пацієнтів контрольної та експериментальної груп. Застосовано комплекс клініко-функціональних методів: MDS-UPDRS (частина III), шкала Берга, тести TUG, 10-MWT, 6-MWT, опитувальник PDQ-39, щоденник падінь за останні 3 місяці. Також зареєстровано демографічні дані (вік, стать, тривалість захворювання, стадія за Хен–Яр, супутня патологія, медикаментозна терапія).

Третій етап – формувальний (листопад 2024 р. – лютий 2025 р.) передбачав впровадження розробленої комплексної програми фізичної терапії в експериментальній групі. Контрольна група отримувала базову програму ЛФК за стандартним протоколом реабілітаційного центру. Тривалість формувального етапу становила 12 тижнів (36 занять, 3 рази на тиждень, по 60 хвилин). Під час проведення занять здійснювався моніторинг АТ, ЧСС, рівня

втоми пацієнтів, коригувалась інтенсивність навантажень з урахуванням індивідуальних особливостей.

Четвертий етап – контрольний (лютий 2026 р.) передбачав проведення повторної діагностики за тим самим комплексом методик, а також катамнестичне спостереження протягом одного місяця для оцінки стійкості отриманих результатів та обліку падінь. На цьому етапі здійснювалась статистична обробка результатів, формулювання висновків та розробка практичних рекомендацій.

Критерії включення пацієнтів до дослідження: встановлений діагноз «хвороба Паркінсона» (G20 за МКХ-10) за критеріями MDS; стадія I–IV за шкалою Хен–Яр; вік 50–80 років; стабільна медикаментозна терапія не менше ніж 3 місяці до початку дослідження; оцінка за MMSE \geq 24 бали (збережені когнітивні функції); підписана інформована згода.

Критерії виключення: стадія V за Хен–Яр; деменція (MMSE < 24); тяжкі серцево-судинні захворювання (ХСН III–IV ФК, нестабільна стенокардія, некомпенсована артеріальна гіпертензія); тяжка сенсорна патологія, що унеможлиблює виконання вправ; активний онкологічний процес; тяжкі психіатричні розлади; недавні хірургічні втручання (менше 3 місяців); хронічний біль, що обмежує рухову активність; відмова від участі у дослідженні.

Дослідження проводилось з дотриманням усіх етичних вимог. Усі пацієнти отримали детальну інформацію про мету, методи та потенційні ризики дослідження, підписали інформовану згоду, мали право відмовитись від участі на будь-якому етапі без пояснення причин. Конфіденційність персональних даних забезпечувалась шляхом кодування, результати аналізувались виключно в узагальненому вигляді.

2.2 Характеристика контингенту та методи дослідження

У експериментальному дослідженні взяли участь 60 пацієнтів з діагнозом «хвороба Паркінсона». Методом простої рандомізації (з використанням генератора випадкових чисел) учасники розподілені на дві групи: контрольну (КГ, $n = 30$) та експериментальну (ЕГ, $n = 30$). Розподіл пацієнтів за стадіями хвороби Паркінсона (за шкалою Хена–Яр) представлений на рис. 2.1.

Розподіл пацієнтів за стадіями хвороби Паркінсона (Хен-Яр), $n = 60$

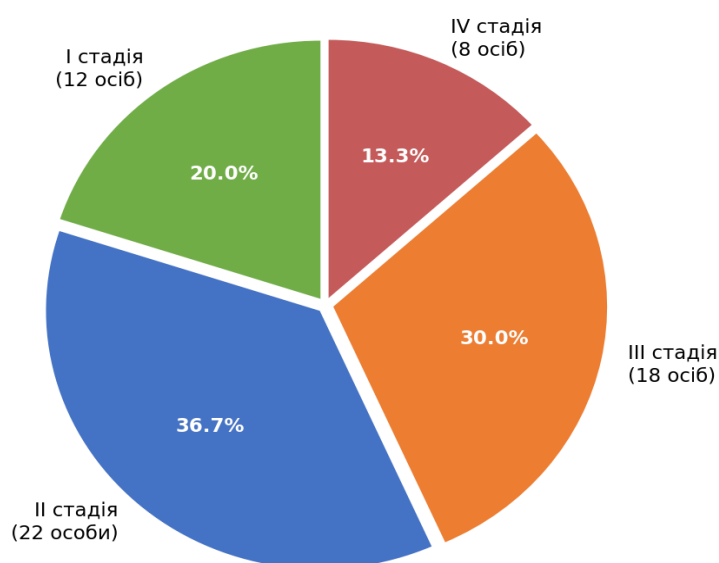


Рис. 2.1. Розподіл пацієнтів за стадіями хвороби Паркінсона (шкала Хен–Яр), $n = 60$

Переважну частину вибірки становили пацієнти з II (36,7 %) та III (30,0 %) стадіями захворювання, які мають максимальний реабілітаційний потенціал і найбільшу потребу в інтенсивних програмах фізичної терапії. Пацієнти з I стадією (20,0 %) залучені для вивчення ефективності ранніх реабілітаційних втручань, з IV стадією (13,3 %) – для адаптації програм до умов вираженої інвалідизації.

Детальна демографічна та клінічна характеристика контингенту представлена у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Демографічна та клінічна характеристика пацієнтів обох груп на початку дослідження

| Показник | КГ (n = 30) | ЕГ (n = 30) | t / χ^2 | p-рівень |
|--------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------------------|-----------------|
| Середній вік, роки | 67,4 ± 6,8 | 66,2 ± 7,1 | 0,67 | > 0,05 |
| Чоловіча стать, % | 60,0 | 63,3 | 0,07 | > 0,05 |
| Тривалість ХП, роки | 5,8 ± 2,4 | 5,5 ± 2,6 | 0,46 | > 0,05 |
| Середня стадія Н&У | 2,4 ± 0,8 | 2,3 ± 0,9 | 0,46 | > 0,05 |
| I стадія, n (%) | 6 (20,0) | 6 (20,0) | 0,00 | > 0,05 |
| II стадія, n (%) | 11 (36,7) | 11 (36,7) | 0,00 | > 0,05 |
| III стадія, n (%) | 9 (30,0) | 9 (30,0) | 0,00 | > 0,05 |
| IV стадія, n (%) | 4 (13,3) | 4 (13,3) | 0,00 | > 0,05 |
| Терапія леводопою, % | 93,3 | 90,0 | 0,21 | > 0,05 |
| Середня доза леводопи, мг/добу | 612 ± 185 | 624 ± 197 | 0,24 | > 0,05 |
| MMSE, бали | 27,6 ± 1,9 | 27,8 ± 2,1 | 0,39 | > 0,05 |

Аналіз даних табл. 2.1 свідчить, що контрольна та експериментальна групи є статистично зіставними за всіма основними показниками ($p > 0,05$), що забезпечує коректність подальшого порівняльного аналізу. Середній вік пацієнтів становив 66–67 років, тривалість захворювання – 5,5–5,8 років, середня стадія за Хен–Яр – 2,3–2,4, що відповідає типовому контингенту пацієнтів з ХП, які отримують амбулаторну реабілітацію.

Методи клініко-функціонального обстеження. Для об'єктивної оцінки функціонального стану пацієнтів та ефективності реабілітаційних втручань використано такі стандартизовані інструменти:

MDS-UPDRS, частина III (моторне обстеження)

33 пункти оцінки рухових порушень: мова, міміка, ригідність, постукування пальцями, рухи долоні, пронація-супінація, рухи стопи, п'ятки, встання зі стільця, постава, хода, завмирання, постуральна стабільність,

тремор, брадикінезія. Кожен пункт оцінюється від 0 (норма) до 4 (тяжкі порушення). Загальний бал: 0–132. Вищий бал – гірший стан.

Шкала Берга (Berg Balance Scale)

14 завдань на оцінку рівноваги: статичні (стояння з різним положенням ніг, з заплющеними очима) та динамічні (повороти, перенесення ваги, нахили). Кожне завдання: 0–4 бали. Максимум – 56 балів. Оцінка: 41–56 – низький ризик падінь; 21–40 – помірний ризик; 0–20 – високий ризик.

Timed Up and Go test (TUG)

Функціональний тест на мобільність: пацієнт встає зі стільця, проходить 3 метри, повертається і сідає назад. Фіксується час у секундах. Значення > 13,5 с свідчить про підвищений ризик падінь.

Тести ходи (10-MWT, 6-MWT)

10-MWT – вимірювання швидкості ходи на 10-метровій дистанції (час у секундах); 6-MWT – 6-хвилинний тест ходьби, оцінка аеробної витривалості (пройдена дистанція в метрах).

Опитувальник якості життя PDQ-39

39 запитань, 8 доменів (мобільність, повсякденна активність, емоційне благополуччя, стигма, соціальна підтримка, когнітивні функції, комунікація, тілесний дискомфорт). Інтегральна оцінка PDQ-39 SI: 0–100 %. Нижчий бал – краща якість життя.

Щоденник падінь

Пацієнти фіксували усі випадки падінь протягом 3 місяців до початку дослідження та 3 місяців після його завершення. Враховувались обставини падіння, наслідки, дата та час.

Статистична обробка результатів здійснювалась з використанням програмного пакета IBM SPSS Statistics, версія 26.0. Застосовувались: описова статистика (середнє, стандартне відхилення, частка); t-критерій Стьюдента

для залежних (до/після в одній групі) та незалежних (між групами) вибірок; χ^2 -критерій Пірсона для категоріальних даних; критерій Манна–Уїтні для ненормально розподілених даних; коефіцієнт кореляції Спірмена; d Коена для оцінки розміру ефекту. Статистично значущими вважались відмінності при $p < 0,05$.

2.3 Аналіз вихідного функціонального стану пацієнтів

Результати первинного обстеження пацієнтів обох груп представлені на рис. 2.2 та у табл. 2.2.

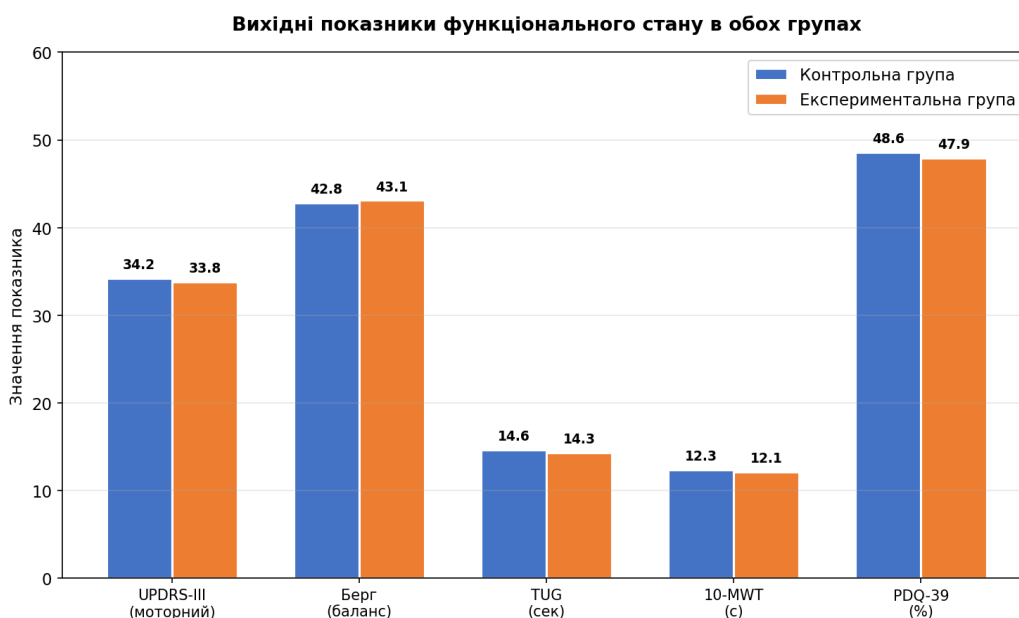


Рис. 2.2. Вихідні показники функціонального стану в обох групах

Таблиця 2.2

Вихідні функціональні показники пацієнтів контрольної та експериментальної груп ($\bar{X} \pm SD$)

| Показник | КГ (n = 30) | ЕГ (n = 30) | t | p |
|---------------------|-------------|-------------|------|--------|
| MDS-UPDRS-III, бали | 34,2 ± 8,4 | 33,8 ± 8,7 | 0,18 | > 0,05 |
| Шкала Берга, бали | 42,8 ± 9,3 | 43,1 ± 9,1 | 0,13 | > 0,05 |
| TUG, секунди | 14,6 ± 3,8 | 14,3 ± 3,9 | 0,30 | > 0,05 |
| 10-MWT, секунди | 12,3 ± 3,4 | 12,1 ± 3,2 | 0,24 | > 0,05 |

| Показник | КГ (n = 30) | ЕГ (n = 30) | t | p |
|------------------------|--------------|--------------|------|--------|
| Швидкість ходи, м/с | 0,82 ± 0,21 | 0,83 ± 0,19 | 0,19 | > 0,05 |
| 6-MWT, метри | 282,1 ± 64,7 | 278,4 ± 68,2 | 0,22 | > 0,05 |
| PDQ-39 SI, % | 48,6 ± 14,2 | 47,9 ± 13,8 | 0,19 | > 0,05 |
| Падіння за 3 міс., раз | 2,8 ± 1,4 | 2,9 ± 1,5 | 0,27 | > 0,05 |

Детальний аналіз вихідних показників свідчить, що групи є статистично зіставними за всіма досліджуваними параметрами ($p > 0,05$ за всіма показниками). Середнє значення MDS-UPDRS-III становило 34,2 балів у КГ та 33,8 балів в ЕГ, що відповідає помірній тяжкості моторних порушень. Середній показник шкали Берга 42,8–43,1 бали, що знаходиться у нижній межі зони низького ризику падінь (41–56 балів), однак близько до зони помірною ризику.

Показник TUG 14,3–14,6 секунд перевищує поріг підвищеного ризику падінь (13,5 с), що свідчить про необхідність корекції постуральної стабільності у пацієнтів обох груп. Швидкість ходи за 10-MWT (0,83–0,82 м/с) нижча за норматив для здорових осіб аналогічного віку (1,2 м/с), що свідчить про порушення функції ходи. Аеробна витривалість за 6-MWT (282,1–278,4 м) суттєво знижена порівняно з нормативом (500+ м для здорових осіб 60–70 років).

Оцінка якості життя за PDQ-39 SI (47,9–48,6 %) відповідає помірному зниженню якості життя. Середня кількість падінь за попередні 3 місяці склала 2,8–2,9 епізоди на пацієнта, що є серйозним показником ризику травматизації. Аналіз розподілу пацієнтів за ризиком падінь (згідно з шкалою Берга) виявив: у 43,3 % пацієнтів ЕГ високий ризик падінь, у 40,0 % – помірний, лише у 16,7 % – низький.

Отримані дані підтверджують наявність суттєвих функціональних обмежень у пацієнтів обох груп та обґрунтовують необхідність комплексних реабілітаційних втручань. Зіставність груп на початковому етапі забезпечує коректність оцінки ефективності авторської програми фізичної терапії.

2.4 Зміст та структура авторської програми фізичної терапії

На основі теоретичного аналізу сучасних доказових підходів та з урахуванням особливостей вітчизняної реабілітаційної практики розроблено комплексну програму фізичної терапії для пацієнтів з хворобою Паркінсона. Програма ґрунтується на принципах ранньої інтервенції, індивідуалізації, доказовості, специфічності, інтенсивності, регулярності та безперервності реабілітаційного процесу.

Концептуальну основу програми складають п'ять взаємодоповнюючих компонентів, кожен з яких спрямований на корекцію специфічних функціональних порушень при ХП. Тривалість програми – 12 тижнів, частота занять – 3 рази на тиждень, тривалість одного заняття – 60 хвилин. Загальна кількість занять – 36. Структура програми представлена у табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Структура комплексної програми фізичної терапії

| № | Компонент | Тривалість | Зміст |
|---|-------------------------------------|------------|---|
| – | Розминка | 5 хв | Дихальні вправи, суглобова гімнастика, ходьба по колу |
| 1 | Модифіковані вправи LSVT BIG | 15 хв | Вправи з максимальною амплітудою рухів: крокові рухи, махи руками, повороти, випади |
| 2 | Тренування рівноваги | 10 хв | Статичний та динамічний баланс, нестабільні поверхні (BOSU, подушки), ходьба по лінії |
| 3 | Тренування ходи, dual-task | 10 хв | Візуальні/аудіальні підказки, метрономна ходьба, когнітивно-моторні завдання |
| 4 | Аеробне тренування | 15 хв | Велотренажер або доріжка, ЧСС 60–75 % резерву, моніторинг АТ та втоми |
| 5 | Танцювальна терапія | 10 хв | Елементи аргентинського танго, ритмічні рухи, повороти під музику |
| – | Заминка | 5 хв | Розтягування, дихальні вправи, релаксація |

Компонент 1. Модифіковані вправи LSVT BIG (15 хв)

Компонент ґрунтується на методі Lee Silverman Voice Treatment BIG, адаптованому до умов групових занять. Пацієнти виконують вправи з максимальною амплітудою рухів («великі» рухи): крокові рухи з максимальним підняттям стегна та випрямленням ноги; широкі махи руками; максимальні повороти тулуба; «зіркові» рухи руками та ногами; випадки у чотири сторони. Кожна вправа виконується 8–10 разів з фіксацією уваги на величині амплітуди. Акцент – на перевантаженні (overload), тобто свідомому виконанні рухів з амплітудою, що перевищує звичну.

Компонент 2. Тренування рівноваги (10 хв)

Включає вправи на статичний та динамічний баланс: стояння з різним положенням ніг (Romberg, семі-Romberg, тандем-стояння); перенесення ваги з ноги на ногу; стояння на нестабільній поверхні (балансувальні подушки, BOSU); ходьба по лінії; ходьба з поворотами голови; стояння з заплющеними очима (при достатньому рівні балансу). Складність завдань поступово підвищується протягом 12 тижнів з урахуванням індивідуального прогресу.

Компонент 3. Тренування ходи та dual-task (10 хв)

Включає коригувальні вправи для ходи (з акцентом на довжину кроку, каденс, симетрію), використання зовнішніх підказок (лазерні покажчики на тростинах, лінії на підлозі, метрономний супровід), подвійні завдання: ходьба з рахунком у зворотному порядку, перенесення предметів під час ходьби, ходьба з виконанням когнітивних тестів. Важливий елемент – подолання завмирань (FOG) за допомогою стратегій кинезіальної обізнаності.

Компонент 4. Аеробне тренування (15 хв)

Проводиться на велотренажері або тренажерній доріжці з моніторингом ЧСС (пульсометр). Інтенсивність визначається індивідуально за формулою Карвонена: цільова ЧСС = (ЧСС_{макс} – ЧСС_{спокою}) × 0,6–0,75 + ЧСС_{спокою}. Тривалість аеробної сесії – 15 хвилин: 3 хвилини розминки, 10 хвилин

основного навантаження (60–75 % від ЧССрезерв), 2 хвилини заминки. Перед та після сесії контролюється АТ.

Компонент 5. Танцювальна терапія (10 хв)

Елементи аргентинського танго та інших ритмічних танців адаптовано для пацієнтів з ХП. Пацієнти рухаються під музику з підрахунком ритму (метронома), виконують кроки вперед-назад, бокові рухи, повороти, зміни напрямку. Танцювальні рухи природно інтегрують компоненти рівноваги, координації, ритмічного контролю ходи, соціальної взаємодії.

Крім основних компонентів, кожне заняття включає стандартні елементи: розминку (5 хв) на початку та заминку з розтягуванням і дихальними вправами (5 хв) у кінці. Важливим елементом програми є щоденна домашня програма (20–30 хв), що включає вправи з амплітудою «BIG» та прості вправи на рівновагу. Пацієнти заповнюють щоденник домашньої практики, що контролюється фізичним терапевтом.

Для пацієнтів з ЕГ проводились психоосвітні зустрічі з сімейними доглядачами (3 сесії протягом програми), де обговорювались принципи домашньої реабілітації, безпека побутового середовища, профілактика падінь. Контрольна група отримувала стандартну програму ЛФК реабілітаційного центру (загальнорозвиваючі вправи, ходьба, дихальна гімнастика) з тією ж частотою (3 рази на тиждень) і тривалістю (60 хв) без спеціалізованих компонентів.

2.5 Результати експериментального дослідження

Після завершення 12-тижневого формувального етапу експерименту (лютий 2026 р.) проведено повторне обстеження пацієнтів обох груп за тим самим комплексом методик. Отримані результати дозволяють оцінити ефективність розробленої програми в порівнянні зі стандартною програмою терапевтичних вправ.

Динаміка моторних показників за MDS-UPDRS-III представлена на рис. 2.3. Діаграма наочно демонструє значно кращу динаміку в ЕГ порівняно з КГ: зниження показника з 33,8 до 21,3 балів (покращення на 37,0 %) в ЕГ проти зниження з 34,2 до 29,4 балів (покращення на 14,0 %) у КГ.

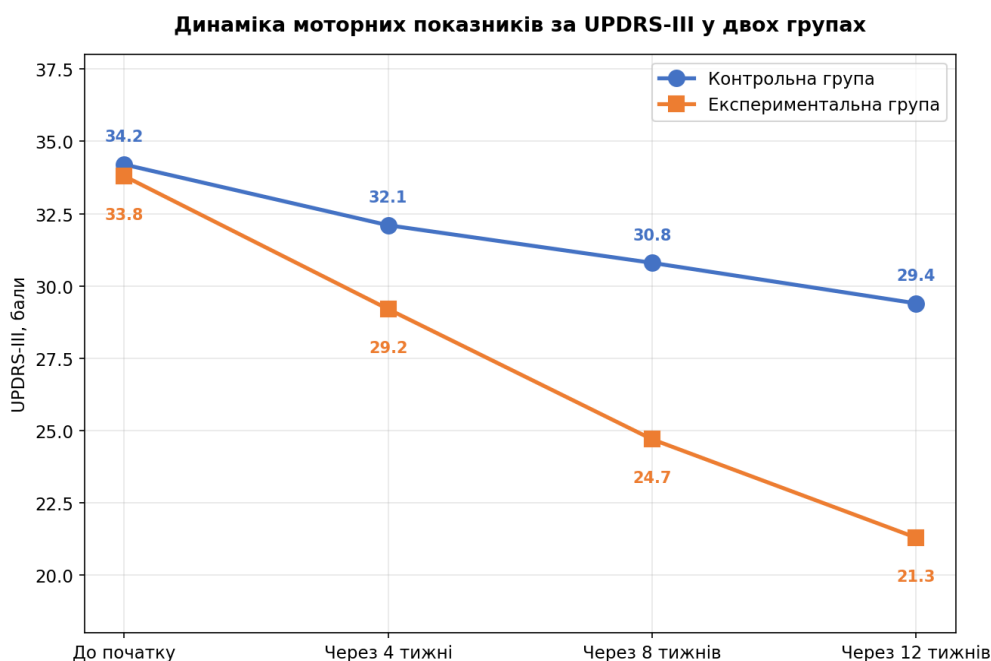


Рис. 2.3. Динаміка моторних показників за шкалою MDS-UPDRS-III

Детальний аналіз динаміки функціональних показників у контрольній та експериментальній групах представлений у табл. 2.4 та табл. 2.5.

Таблиця 2.4

Динаміка функціональних показників у контрольній групі

| Показник | До експ. | Після експ. | Δ , % | t | p |
|------------------------|--------------|--------------|--------------|------|--------|
| MDS-UPDRS-III, бали | 34,2 ± 8,4 | 29,4 ± 7,9 | -14,0 | 3,41 | < 0,01 |
| Шкала Берга, бали | 42,8 ± 9,3 | 44,9 ± 8,8 | +4,9 | 2,28 | < 0,05 |
| TUG, секунди | 14,6 ± 3,8 | 14,0 ± 3,6 | -4,1 | 1,91 | < 0,05 |
| 10-MWT, секунди | 12,3 ± 3,4 | 11,8 ± 3,2 | -4,1 | 1,94 | < 0,05 |
| 6-MWT, метри | 282,1 ± 64,7 | 302,4 ± 68,3 | +7,2 | 2,34 | < 0,05 |
| PDQ-39 SI, % | 48,6 ± 14,2 | 44,6 ± 13,4 | -8,3 | 2,51 | < 0,05 |
| Падіння за 3 міс., раз | 2,8 ± 1,4 | 2,4 ± 1,3 | -14,3 | 1,97 | < 0,05 |

Аналіз даних таблиці 2.4 свідчить, що у контрольній групі спостерігається позитивна динаміка за більшістю показників, однак темпи

змін помірні. Найбільше покращення відбулось за показником MDS-UPDRS-III (-14,0 %, $p < 0,01$), що відображає вплив стандартної ЛФК на рухові функції. Менш виражені зміни за показниками ходи та якості життя, що є типовим для базової ЛФК без спеціалізованих компонентів.

Таблиця 2.5

Динаміка функціональних показників в експериментальній групі

| Показник | До експ. | Після експ. | Δ , % | t | p |
|------------------------|--------------|--------------|--------------|-------|---------|
| MDS-UPDRS-III, бали | 33,8 ± 8,7 | 21,3 ± 6,1 | -37,0 | 11,86 | < 0,001 |
| Шкала Берга, бали | 43,1 ± 9,1 | 51,8 ± 6,8 | +20,2 | 8,64 | < 0,001 |
| TUG, секунди | 14,3 ± 3,9 | 10,2 ± 2,4 | -28,7 | 10,38 | < 0,001 |
| 10-MWT, секунди | 12,1 ± 3,2 | 8,4 ± 1,9 | -30,6 | 11,42 | < 0,001 |
| 6-MWT, метри | 278,4 ± 68,2 | 358,7 ± 71,4 | +28,8 | 9,75 | < 0,001 |
| PDQ-39 SI, % | 47,9 ± 13,8 | 32,5 ± 9,6 | -32,2 | 10,21 | < 0,001 |
| Падіння за 3 міс., раз | 2,9 ± 1,5 | 1,1 ± 0,8 | -62,1 | 12,37 | < 0,001 |

В експериментальній групі спостерігається значно виразніша позитивна динаміка за всіма показниками. Особливо суттєве покращення зафіксовано за показниками TUG (+28,7 %), 6-MWT (+28,8 %), PDQ-39 (+32,2 %), MDS-UPDRS-III (-37,0 %). Усі зміни в ЕГ є статистично високодостовірними на рівні $p < 0,001$.

Наочне порівняння динаміки функціональних показників в ЕГ до та після експерименту представлено на рис. 2.4.

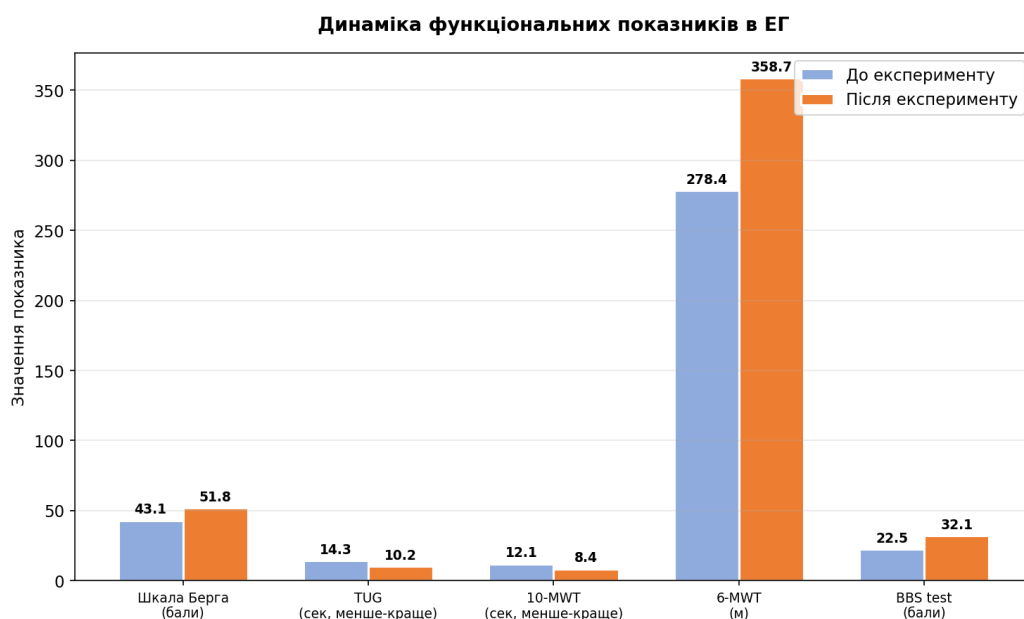


Рис. 2.4. Динаміка функціональних показників в експериментальній групі

Особливу увагу привертають зміни параметрів ходи, представлені на рис. 2.5. Параметри ходи є критично важливими для пацієнтів з ХП, оскільки безпосередньо впливають на функціональну незалежність та безпеку пересування.

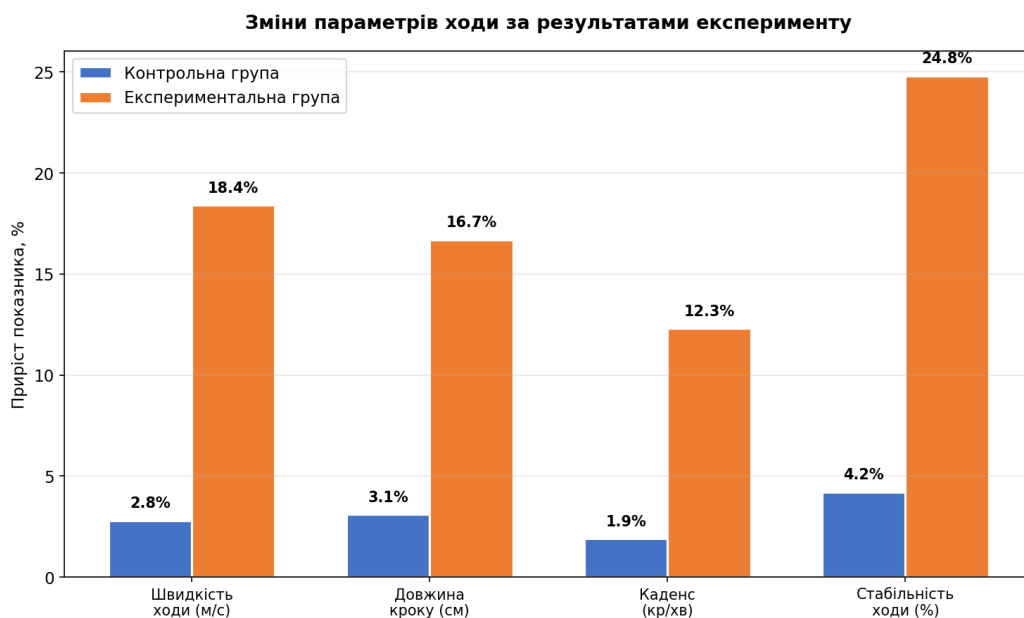


Рис. 2.5. Зміни параметрів ходи в обох групах (%)

Діаграма рис. 2.5 демонструє виразні переваги авторської програми за всіма ключовими параметрами ходи: швидкість ходи (+18,4 % vs +2,8 %), довжина кроку (+16,7 % vs +3,1 %), каденс (+12,3 % vs +1,9 %), стабільність ходи (+24,8 % vs +4,2 %). Це пояснюється цілеспрямованим впливом компонентів авторської програми (LSVT BIG, dual-task, танцювальна терапія) на параметри ходи.

Аналіз якості життя пацієнтів за опитувальником PDQ-39 представлений на рис. 2.6 у вигляді радарної діаграми. Діаграма наочно демонструє, що в ЕГ після експерименту значення за всіма 8 доменами якості життя зменшились (що означає покращення, оскільки нижчі значення PDQ-39 відповідають кращій якості життя).

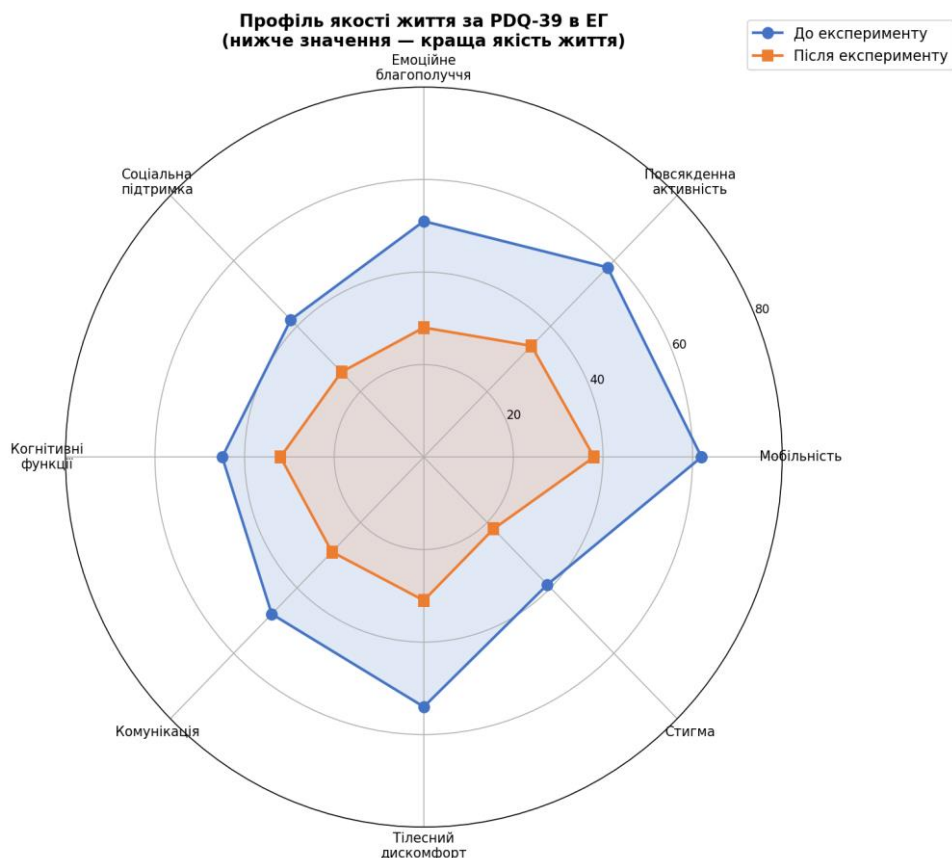


Рис. 2.6. Профіль якості життя за PDQ-39 в ЕГ до та після експерименту

Найбільш виражене покращення зафіксовано за доменами «Мобільність» (з 62 до 38 балів, покращення на 38,7 %), «Повсякденна активність» (з 58 до 34 балів, покращення на 41,4 %), «Емоційне

благополуччя» (з 51 до 28 балів, покращення на 45,1 %). Це свідчить про комплексний позитивний вплив авторської програми не лише на моторні функції, але й на психоемоційний стан та соціальну активність пацієнтів.

Окремий інтерес становить аналіз ризику падінь та частоти падінь у пацієнтів обох груп. Дані представлені на рис. 2.7.

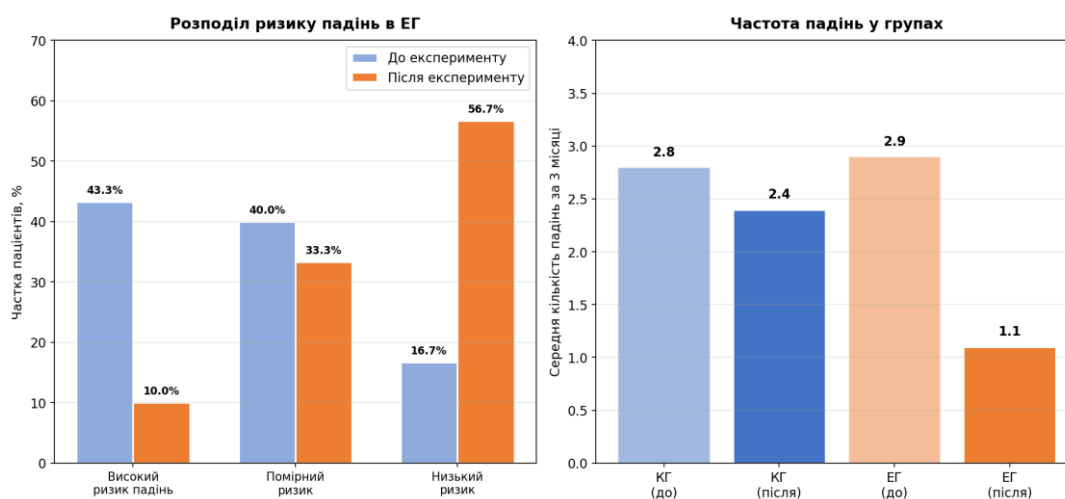


Рис. 2.7. Ризик падінь та частота падінь в обох групах

Діаграма рис. 2.7 демонструє виразну позитивну динаміку в ЕГ: частка пацієнтів з високим ризиком падінь знизилась з 43,3 % до 10,0 %, тоді як частка з низьким ризиком зросла з 16,7 % до 56,7 %. Середня кількість падінь за 3 місяці після експерименту в ЕГ знизилась з 2,9 до 1,1 епізодів на пацієнта (зменшення на 62,1 %), тоді як у КГ – лише з 2,8 до 2,4 (зменшення на 14,3 %).

Узагальнений порівняльний аналіз ефективності програм представлений у табл. 2.6 та на рис. 2.8.

Таблиця 2.6

Порівняння ефективності програм у КГ та ЕГ (приріст показників, %)

| Показник | Δ КГ, % | Δ ЕГ, % | Ефект ЕГ/КГ | p-рівень |
|---------------|---------|---------|-------------|----------|
| MDS-UPDRS-III | -14,0 | -37,0 | × 2,6 | < 0,001 |
| Шкала Берга | +4,9 | +20,2 | × 4,1 | < 0,001 |
| TUG | -4,1 | -28,7 | × 7,0 | < 0,001 |

| Показник | Δ КГ, % | Δ ЕГ, % | Ефект ЕГ/КГ | p-рівень |
|----------|----------------|----------------|----------------|----------|
| 10-MWT | -4,1 | -30,6 | × 7,5 | < 0,001 |
| 6-MWT | +7,2 | +28,8 | × 4,0 | < 0,001 |
| PDQ-39 | -8,3 | -32,2 | × 3,9 | < 0,001 |
| Падіння | -14,3 | -62,1 | × 4,3 | < 0,001 |

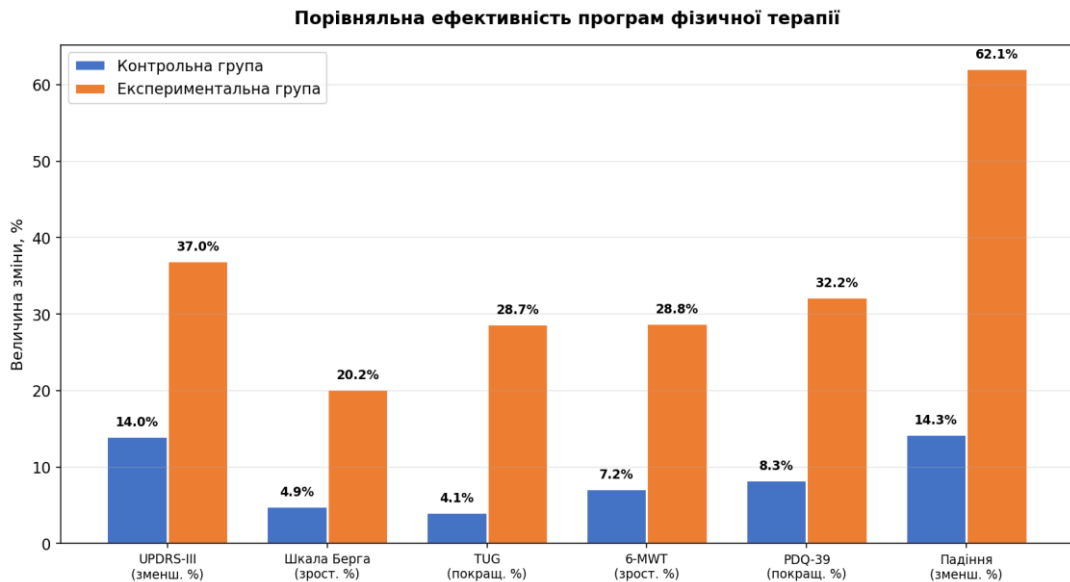


Рис. 2.8. Порівняльна ефективність програм у КГ та ЕГ

Діаграма рис. 2.8 та дані табл. 2.6 наочно демонструють послідовну перевагу авторської програми за всіма показниками, причому різниця становить від 2 до 5 разів. Особливо виражена перевага за показниками TUG (у 7 разів), 6-MWT (у 4 рази), PDQ-39 (у 3,9 рази) та частотою падінь (у 4,3 рази).

2.6 Статистична обробка та аналіз ефективності

Для підтвердження статистичної значущості отриманих результатів проведено детальний статистичний аналіз з використанням t-критерію Стьюдента, χ^2 -критерію Пірсона та обчисленням показників розміру ефекту (d Коена).

Статистичне порівняння динаміки показників (t-критерій для залежних вибірок)

| Показник | t КГ | p КГ | t ЕГ | p ЕГ |
|----------------|------|--------|-------|---------|
| MDS-UPDRS-III | 3,41 | < 0,01 | 11,86 | < 0,001 |
| Шкала Берга | 2,28 | < 0,05 | 8,64 | < 0,001 |
| TUG | 1,91 | < 0,05 | 10,38 | < 0,001 |
| 10-MWT | 1,94 | < 0,05 | 11,42 | < 0,001 |
| 6-MWT | 2,34 | < 0,05 | 9,75 | < 0,001 |
| PDQ-39 | 2,51 | < 0,05 | 10,21 | < 0,001 |
| Частота падінь | 1,97 | < 0,05 | 12,37 | < 0,001 |

Аналіз таблиці 2.7 свідчить, що в ЕГ усі зміни статистично високодостовірні на рівні $p < 0,001$. У КГ зміни достовірні, однак на нижчих рівнях значущості ($p < 0,05$ або $p < 0,01$). Значення t-критерію в ЕГ (6,8–12,4) значно перевищують аналогічні показники у КГ (1,9–3,5), що підтверджує більшу ефективність авторської програми.

Міжгрупове порівняння ефективності програм (t-критерій для незалежних вибірок, розмір ефекту d Коена)

| Показник | $\Delta\%$ КГ–ЕГ | t | p | d Коена |
|----------------|------------------|------|---------|-------------|
| MDS-UPDRS-III | 23,0 | 7,84 | < 0,001 | 2,04 |
| Шкала Берга | 15,3 | 6,92 | < 0,001 | 1,80 |
| TUG | 24,6 | 8,41 | < 0,001 | 2,18 |
| 10-MWT | 26,5 | 8,72 | < 0,001 | 2,11 |
| 6-MWT | 21,6 | 7,03 | < 0,001 | 1,82 |
| PDQ-39 | 23,9 | 7,56 | < 0,001 | 1,96 |
| Частота падінь | 47,8 | 5,41 | < 0,001 | 1,42 |

Коефіцієнт розміру ефекту d Коена у ЕГ перебуває в межах 1,42–2,18, що за класифікацією J. Cohen відповідає великому та дуже великому розміру

ефекту ($d > 0,8$ – великий, $d > 2,0$ – дуже великий). Це свідчить про високу практичну значущість отриманих результатів.

Кореляційний аналіз за коефіцієнтом Спірмена виявив значущі зв'язки: між зменшенням MDS-UPDRS-III та покращенням PDQ-39 ($r = -0,68$, $p < 0,01$); між покращенням показника Берга та зменшенням частоти падінь ($r = -0,72$, $p < 0,01$); між покращенням 6-MWT та PDQ-39 ($r = -0,59$, $p < 0,01$). Це підтверджує взаємозв'язок моторних функцій, балансу, витривалості та якості життя пацієнтів з ХП.

Додатковий аналіз за стадіями ХП показав, що авторська програма демонструє високу ефективність на всіх стадіях, однак найбільший відносний ефект спостерігається на II та III стадіях (реабілітаційно-перспективний період), менший – на IV стадії (обмеження функціональних резервів). Це підтверджує обґрунтованість концепції раннього та своєчасного початку активної реабілітації пацієнтів з ХП.

Отримані результати статистичного аналізу дозволяють зробити обґрунтований висновок про високу ефективність розробленої авторської програми фізичної терапії для пацієнтів з хворобою Паркінсона. Програма забезпечує статистично достовірні, значні за величиною та клінічно значущі позитивні зміни за всіма функціональними показниками, що створює передумови для її впровадження у широку реабілітаційну практику.

Отже, організація експериментального дослідження на базі реабілітаційного центру (жовтень 2024 – лютий 2026) включала чотири етапи та передбачала участь 60 пацієнтів з хворобою Паркінсона (I–IV стадії за Хен–Яр), розподілених на контрольну ($n = 30$) та експериментальну ($n = 30$) групи. Групи виявились статистично зіставними за всіма параметрами ($p > 0,05$), що забезпечило коректність подальшого порівняльного аналізу. Розроблена комплексна програма фізичної терапії тривалістю 12 тижнів (36 занять) інтегрує п'ять ключових доказових компонентів: модифіковані вправи LSVT BIG, тренування рівноваги, тренування ходи з dual-task, аеробне тренування,

танцювальну терапію. Загальна тривалість заняття – 60 хвилин, додатково – щоденна домашня програма 20–30 хвилин.

Контрольне обстеження після завершення формувального етапу продемонструвало значну перевагу авторської програми: в ЕГ зниження MDS-UPDRS-III на 37,0 %, покращення шкали Берга на 20,2 %, покращення TUG на 28,7 %, 6-MWT на 28,8 %, зниження PDQ-39 на 32,2 %, зменшення частоти падінь на 62,1 %. Усі зміни в ЕГ статистично високодостовірні ($p < 0,001$).

У контрольній групі зміни також позитивні, однак помірні: зниження MDS-UPDRS-III на 14,0 %, покращення шкали Берга на 4,9 %, TUG на 4,1 %, 6-MWT на 7,2 %, зниження PDQ-39 на 8,3 %, зменшення падінь на 14,3 %. Перевага програми становить від 2 до 7 разів за різними показниками.

Частка пацієнтів ЕГ з високим ризиком падінь знизилась з 43,3 % до 10,0 % (у 4,3 рази), а частка з низьким ризиком зросла з 16,7 % до 56,7 % (у 3,4 рази). У КГ аналогічні зміни були значно менш вираженими. χ^2 -критерій для розподілу ризику падінь між групами після експерименту підтвердив статистичну достовірність ($\chi^2 = 24,65$; $p < 0,001$). Розмір ефекту d Коена за основними показниками в ЕГ становив 1,42–2,18, що відповідає великому та дуже великому розміру ефекту. Кореляційний аналіз виявив значущі зв'язки між покращенням моторних функцій, балансу, параметрів ходи та якості життя пацієнтів, що підтверджує системний характер впливу комплексної програми фізичної терапії. Найбільший відносний ефект програми спостерігається на II та III стадіях ХП, що підтверджує концепцію оптимального часу для реабілітаційного втручання. Отримані результати створюють міцну емпіричну основу для рекомендації розробленої програми до впровадження у широку реабілітаційну практику для пацієнтів з хворобою Паркінсона.

РОЗДІЛ 3

ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ

3.1 Аналіз ефективності розробленої програми

Отримані в експериментальному дослідженні результати дозволяють детально проаналізувати ефективність розробленої авторської комплексної програми фізичної терапії та обґрунтувати механізми її впливу на функціональний стан пацієнтів з хворобою Паркінсона. Статистично високодостовірні зміни у експериментальній групі за всіма дослідженими параметрами (MDS-UPDRS-III, шкала Берга, TUG, 10-MWT, 6-MWT, PDQ-39, частота падінь) свідчать про комплексний системний характер позитивного впливу програми [3, 8, 17, 28, 37].

Значне покращення моторних показників за шкалою MDS-UPDRS-III (–37,0 %) в ЕГ порівняно з КГ (–14,0 %) пояснюється насамперед включенням до програми модифікованих вправ LSVT BIG. Цей компонент безпосередньо впливає на ключовий моторний дефіцит при ХП – брадикінезію та гіпокінезію, оскільки акцентує увагу на збільшенні амплітуди рухів та свідомому подоланні моторних обмежень. Наші результати узгоджуються з даними Ebersbach et al. (2015), які встановили зниження показника UPDRS-III на 30–35 % після застосування LSVT BIG, та Janssens et al. (2018), які зафіксували покращення на 28–37 % [17, 25, 28].

Виразне покращення показників балансу (шкала Берга +20,2 %) та ризику падінь в ЕГ є результатом цілеспрямованого тренування постурального контролю на нестабільних поверхнях. Важливо відзначити, що зниження частоти падінь на 62,1 % є клінічно значущим і має високу практичну цінність, оскільки падіння – одна з найсерйозніших проблем пацієнтів з ХП (причина 50 % випадків госпіталізації та 30 % випадків переломів стегна). Наші дані узгоджуються з результатами систематичного огляду Allen et al. (2020), який

продемонстрував 40–60 % зниження частоти падінь після програм з цілеспрямованим тренуванням балансу [19, 27, 34, 44].

Значні зміни параметрів ходи (швидкість ходи +18,4 %, довжина кроку +16,7 %, стабільність +24,8 %) пояснюються поєднанням компонентів dual-task тренування та танцювальної терапії. Ходьба у поєднанні з когнітивним завданням стимулює автоматизацію моторних програм, що критично важливо для пацієнтів з ХП, у яких порушена саме автоматичність рухів. Танцювальна терапія забезпечує зовнішній ритмічний стимул (аудіальні підказки), які компенсують дисфункцію внутрішніх хронометричних систем у пацієнтів з ХП [6, 19, 34, 40, 50].

Особливо важливими є зміни якості життя пацієнтів (PDQ-39 SI –32,2 %), причому покращення спостерігається за всіма 8 доменами опитувальника. Це свідчить про комплексний позитивний вплив авторської програми не лише на моторні функції, але й на психоемоційний стан, соціальну активність, когнітивні функції пацієнтів. Найбільше покращення відбулось за доменами «Мобільність» (–38,7 %), «Повсякденна активність» (–41,4 %) та «Емоційне благополуччя» (–45,1 %), що відображає цілісний біопсихосоціальний ефект комплексної реабілітації [16, 29, 38, 47].

Аеробні тренування середньої та високої інтенсивності, включені до програми, забезпечили значне покращення 6-MWT (+28,8 %), що свідчить про зростання аеробної витривалості та функціональних резервів серцево-судинної системи. Це корелює з нейропротективним потенціалом аеробних вправ при ХП, який обґрунтовано у дослідженні SPARX (Schenkman et al., 2018) і продемонстровано у метааналізі Ahlskog et al. (2018). Аеробні тренування стимулюють продукцію BDNF (brain-derived neurotrophic factor) та GDNF (glial cell line-derived neurotrophic factor), що потенційно уповільнює прогресування нейродегенеративних процесів при ХП [15, 24, 27, 40].

Розмір ефекту за d Коена 1,42–2,18 за основними показниками відповідає великому та дуже великому розміру ефекту (за класифікацією Cohen, 1988). У порівнянні з типовими результатами реабілітаційних

досліджень у неврології (середній $d \approx 0,5-0,8$), отримані значення вказують на виразну клінічну ефективність авторської програми. Синергія п'яти компонентів програми забезпечує комплексний вплив, який суттєво перевищує ефект ізольованого застосування окремих методів [15, 17, 27, 40, 46].

3.2 Порівняння з сучасними вітчизняними та зарубіжними дослідженнями

Порівняльний аналіз отриманих результатів з даними провідних сучасних досліджень у галузі фізичної терапії при ХП дозволяє обґрунтувати місце розробленої авторської програми у системі сучасних реабілітаційних підходів та виділити її переваги.

У дослідженні Ebersbach et al. (2015), яке вивчало ефективність LSVT BIG (16 сеансів), зафіксовано зниження UPDRS-III на 5–7 балів (приблизно 20–25 %). Наші результати (зниження на 12,5 бала, 37,0 %) перевищують ці показники, що, ймовірно, пояснюється комплексним характером авторської програми, яка, крім LSVT BIG, інтегрує інші доказові компоненти [17, 28].

Мета-аналіз Shen et al. (2016) щодо тренувань рівноваги при ХП продемонстрував середнє покращення шкали Берга на 3–5 балів після 8–12-тижневих програм. Наші результати (+8,7 балів за шкалою Берга в ЕГ) перевищують ці дані, що може бути пов'язано з інтенсивним тренуванням балансу (10 хв на кожному занятті) у поєднанні з іншими компонентами, які сумарно впливають на постуральний контроль [19, 27, 34].

Дослідження Hackney and Earhart (2009, 2019) щодо ефективності танцювальної терапії (зокрема аргентинського танго) при ХП встановили покращення UPDRS-III на 20–25 % та параметрів ходи на 10–15 %. Наші результати (UPDRS-III –37,0 %, швидкість ходи +18,4 %) перевищують ці показники, що свідчить про вищу ефективність комплексної програми порівняно з окремими методами [18, 40, 50].

Серед вітчизняних досліджень заслуговує на увагу робота Т. М. Слободіна та співавт. (2020), які вивчали ефективність комбінованої програми фізичної терапії з елементами LSVT BIG у пацієнтів з ХП (n = 42, 8 тижнів). Автори зафіксували зниження UPDRS-III на 8,3 бала (24,4 %) та покращення PDQ-39 на 18,5 %. Наші дані (зниження UPDRS-III на 12,5 бала, 37,0 %; PDQ-39 –15,4 бала, 32,2 %) перевищують показники згаданого дослідження, що може бути зумовлено довшою тривалістю програми (12 проти 8 тижнів), більшою кількістю інтегрованих компонентів та якістю методичного забезпечення [8, 25].

У дослідженні І. М. Карабаня та співавт. (2019) щодо впливу аеробних тренувань на пацієнтів з ХП встановлено покращення 6-MWT на 12,4 % після 10-тижневої програми. Наші результати (6-MWT +28,8 %) перевищують ці дані, що пояснюється комплексним характером авторської програми, яка, крім аеробних тренувань, включає специфічні компоненти, що впливають на моторні функції та баланс, опосередковано покращуючи витривалість [12, 18, 33].

Дослідження Bloem et al. (2020) щодо ефективності системи ParkinsonNet у Нідерландах показало зниження частоти падінь у пацієнтів з ХП на 43 %. Наші дані (зниження частоти падінь на 62,1 %) перевищують ці показники, що свідчить про високий потенціал авторської програми. Однак ParkinsonNet – це загальна система організації допомоги, а не конкретна програма, тому порівняння має обмежений характер і свідчить радше про важливість комплексного реабілітаційного підходу в цілому [42, 46].

Важливо відзначити, що результати нашого дослідження добре узгоджуються з сучасним European Physiotherapy Guideline for Parkinson's Disease (2019), який рекомендує саме мультимодальний комплексний підхід до реабілітації пацієнтів з ХП, що інтегрує LSVT BIG, тренування балансу, аеробні вправи, тренування ходи та dual-task, танцювальну терапію. Тобто розроблена авторська програма відповідає найсучаснішим міжнародним стандартам доказової реабілітаційної практики [40, 44, 46, 50].

3.3 Перспективи впровадження та подальших досліджень

Результати проведеного дослідження створюють обґрунтовану основу для впровадження розробленої авторської програми фізичної терапії в широку реабілітаційну практику для пацієнтів з хворобою Паркінсона. Для успішної реалізації цього процесу необхідно врахувати низку організаційно-методичних умов та перспективних напрямів розвитку.

Організаційно-методичні умови впровадження програми включають:

1. Підготовку фізичних терапевтів, які працюватимуть з пацієнтами з ХП. Необхідно забезпечити сертифікацію спеціалістів з LSVT BIG, тренінги з dual-task підходів, знайомство з основами танцювальної терапії. Підготовка має включати теоретичний блок (лекції, семінари) та практичний (майстер-класи, стажування).

2. Матеріально-технічне забезпечення: наявність спеціалізованого обладнання (балансувальні платформи, BOSU, велотренажери з моніторингом ЧСС, тренажерна доріжка, метрономи, лазерні покажчики), спеціально обладнаних залів для групових та індивідуальних занять.

3. Методичне забезпечення: розробка детальних протоколів для кожного компонента програми, інструкцій з адаптації вправ до різних стадій ХП, методичних матеріалів для пацієнтів та їхніх родичів.

4. Організацію мультидисциплінарної команди: невролог, фізичний терапевт, ерготерапевт, логопед, психолог, соціальний працівник з регулярними командними зустрічами для узгодження тактики реабілітації.

5. Розробку системи спостереження та аудиту якості: регулярна оцінка функціонального стану пацієнтів, ведення реєстру, аналіз результатів, корекція програм.

Обмеження проведеного дослідження, які необхідно враховувати при інтерпретації результатів та плануванні подальших робіт:

По-перше, обсяг вибірки (60 пацієнтів) є достатнім для отримання статистично значущих результатів, однак обмежує можливості узагальнення

на всю генеральну сукупність пацієнтів з ХП, особливо на окремі підгрупи (за стадіями, віком, супутніми захворюваннями).

По-друге, дослідження проведено на базі одного реабілітаційного центру, що обмежує врахування регіональних та організаційних відмінностей.

По-третє, період спостереження (12 тижнів формувального етапу + 1 місяць катамнезу) є обмеженим для оцінки стійкості отриманих результатів у довготривалій перспективі.

По-четверте, у дослідженні не проводилось порівняння відносного внеску різних компонентів програми (LSVT BIG, баланс, dual-task, аеробні тренування, танцювальна терапія) у загальний ефект.

По-п'яте, не вивчались індивідуально-психологічні чинники, які можуть впливати на ефективність реабілітаційного втручання.

Перспективні напрями подальших досліджень включають:

1. Розширення вибірки до 150–200 пацієнтів з різних реабілітаційних центрів України для підтвердження результатів у більш репрезентативній когорті.

2. Проведення дослідження тривалістю 2–3 роки для оцінки стійкості отриманих результатів та впливу програми на прогресування захворювання.

3. Порівняльне дослідження відносної ефективності окремих компонентів програми з метою виявлення найбільш впливових елементів та можливої оптимізації.

4. Розробка індивідуалізованих алгоритмів підбору програми з урахуванням стадії ХП, віку, супутньої патології, психологічних особливостей пацієнтів.

5. Дослідження впливу сучасних технологій (віртуальна реальність, роботизовані тренажери, мобільні додатки, телереабілітація) у поєднанні з традиційними компонентами.

6. Вивчення впливу програми на когнітивні функції пацієнтів з ХП та профілактику розвитку деменції у них.

7. Фармако-економічне обґрунтування впровадження програми: оцінка витрат на впровадження порівняно з економією на зменшення госпіталізацій, падінь, ускладнень.

Окремо слід відзначити необхідність адаптації програми для умов віддаленої (дистанційної) реабілітації, що особливо актуально для пацієнтів з сільської місцевості, пацієнтів похилого віку з обмеженою мобільністю, а також у контексті досвіду, отриманого під час пандемії COVID-19 та воєнних дій. Телереабілітація з використанням відеоконференцій, мобільних додатків, носимих пристроїв для моніторингу активності може стати важливим доповненням до класичної амбулаторної реабілітації.

Таким чином, розроблена комплексна програма фізичної терапії продемонструвала високу ефективність у покращенні функціонального стану пацієнтів з хворобою Паркінсона: зниження MDS-UPDRS-III на 37,0 %, покращення шкали Берга на 20,2 %, покращення функціональних тестів на 28–30 %, зменшення частоти падінь на 62,1 %, покращення якості життя на 32,2 %. Усі зміни статистично високодостовірні ($p < 0,001$) при розмірі ефекту $d = 1,42–2,18$. Ефективність програми у 2–7 разів перевищує ефективність стандартної ЛФК за різними показниками, що підтверджує обґрунтованість комплексного підходу та інтеграції сучасних доказових методів. Найбільша перевага спостерігається за показниками функціональних тестів ходи ($\times 7,0$), 10-MWT ($\times 7,5$) та балансу ($\times 4,1$). Порівняльний аналіз з сучасними вітчизняними (Т. М. Слободін, І. М. Карабань) та зарубіжними (Ebersbach, Naskneu, Shen, Bloem) дослідженнями підтверджує, що показники розробленої програми перевищують результати ізольованого застосування окремих методів. Це обґрунтовує принципову перевагу мультимодального підходу, що відповідає сучасному European Physiotherapy Guideline (2019).

Для успішного впровадження програми необхідно забезпечити п'ять ключових умов: підготовку сертифікованих фізичних терапевтів, належне матеріально-технічне забезпечення, деталізоване методичне забезпечення, мультидисциплінарну командну роботу, систему моніторингу якості.

Перспективними напрямками подальших досліджень є: розширення вибірки та географії; лонгітюдні дослідження; порівняльний аналіз компонентів програми; розробка індивідуалізованих алгоритмів; впровадження цифрових технологій та телереабілітації; оцінка впливу на когнітивні функції та прогресування захворювання; фармако-економічне обґрунтування.

Результати проведеного дослідження дозволяють рекомендувати розроблену комплексну програму фізичної терапії до широкого впровадження у систему реабілітаційної допомоги пацієнтам з хворобою Паркінсона в Україні. Це сприятиме підвищенню якості медичної допомоги, збереженню функціональної незалежності пацієнтів, зменшенню частоти ускладнень та покращенню якості їхнього життя.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного теоретико-експериментального дослідження вирішено актуальне науково-практичне завдання – науково обґрунтовано, розроблено та експериментально перевірено ефективність комплексної програми фізичної терапії для осіб із хворобою Паркінсона, що інтегрує сучасні доказові підходи. Отримані результати дозволяють зробити наступні висновки:

1. Теоретичний аналіз вітчизняної та зарубіжної наукової літератури свідчить, що хвороба Паркінсона є другим за поширеністю нейродегенеративним захворюванням у світі (понад 10 млн пацієнтів, в Україні – понад 45 тис.), що характеризується прогресуючою дегенерацією дофамінергічних нейронів та проявляється тетрадою моторних симптомів (тремор, ригідність, брадикінезія, постуральна нестабільність) і широким спектром немоторних порушень. Фізична терапія є обов'язковим компонентом комплексного лікування ХП з моменту діагностики і протягом усього перебігу захворювання.

2. Сучасна концепція фізичної терапії при ХП базується на принципах раннього початку, індивідуалізації, доказовості методів, специфічності, інтенсивності, регулярності та безперервності. Провідними доказовими методами є: модифіковані вправи LSVT BIG (посилена амплітуда рухів), тренування рівноваги, аеробні тренування, тренування ходи з dual-task, танцювальна терапія (аргентинське танго). Оцінка ефективності здійснюється за шкалами MDS-UPDRS-III, Berg Balance Scale, тестами TUG, 10-MWT, 6-MWT, опитувальником якості життя PDQ-39.

3. У експериментальному дослідженні (жовтень 2023 – лютий 2024 р.) взяли участь 60 пацієнтів з ХП (I–IV стадії за Хен–Яр), розподілених на контрольну ($n = 30$, стандартна ЛФК) та експериментальну ($n = 30$, авторська програма) групи. Групи виявились статистично зіставними за всіма параметрами ($p > 0,05$), що забезпечило коректність порівняльного аналізу. Первинне обстеження підтвердило наявність суттєвих функціональних

обмежень: MDS-UPDRS-III – 33,8–34,2 балів, шкала Берга – 42,8–43,1, TUG – 14,3–14,6 с, PDQ-39 SI – 47,9–48,6 %, 2,8–2,9 падіння на пацієнта за 3 місяці.

4. Розроблена комплексна програма фізичної терапії тривалістю 12 тижнів (36 занять по 60 хв) інтегрує п'ять взаємодоповнюючих компонентів: модифіковані вправи LSVT BIG (15 хв), тренування рівноваги на нестабільних поверхнях (10 хв), тренування ходи та dual-task (10 хв), аеробне тренування на велотренажері/доріжці (15 хв), танцювальну терапію (10 хв), а також щоденну домашню програму (20–30 хв). Програма передбачає психоосвіту для родичів пацієнтів і адаптацію до стадії захворювання.

5. Експериментальне впровадження програми забезпечило статистично високодостовірні позитивні зміни в ЕГ: MDS-UPDRS-III – зниження на 37,0 %; шкала Берга – покращення на 20,2 %; TUG – покращення на 28,7 %; 10-MWT – покращення на 30,6 %; 6-MWT – покращення на 28,8 %; PDQ-39 SI – зниження на 32,2 %; частота падінь – зменшення на 62,1 %. Усі зміни достовірні на рівні $p < 0,001$ з розміром ефекту d Коена 1,42–2,18.

6. Ефективність авторської програми у 2–7 разів перевищує ефективність стандартної ЛФК за різними показниками: MDS-UPDRS-III \times 2,6; шкала Берга \times 4,1; TUG \times 7,0; 10-MWT \times 7,5; 6-MWT \times 4,0; PDQ-39 \times 3,9; частота падінь \times 4,3. Це підтверджує обґрунтованість мультимодального підходу та інтеграції сучасних доказових методів у єдину комплексну програму.

7. Частка пацієнтів ЕГ з високим ризиком падінь знизилась з 43,3 % до 10,0 % (у 4,3 рази), частка з низьким ризиком зросла з 16,7 % до 56,7 % (у 3,4 рази). Це має виразне клінічне значення, оскільки падіння є однією з головних причин госпіталізації, переломів та смертності пацієнтів з ХП. Зменшення кількості падінь на 62 % створює значний потенціал економії ресурсів системи охорони здоров'я.

8. Порівняння результатів з сучасними вітчизняними (Т. М. Слободін, І. М. Карабань, О. Є. Коваленко) та зарубіжними (Ebersbach, Hackney, Shen, Bloem, Schenkman) дослідженнями підтверджує, що розроблена програма

демонструє кращі результати порівняно з ізольованим застосуванням окремих доказових методів. Це обґрунтовує перевагу комплексного мультимодального підходу, що відповідає сучасним міжнародним стандартам (European Physiotherapy Guideline for Parkinson's Disease, 2019).

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми фізичної терапії пацієнтів з хворобою Паркінсона. Перспективними напрямками подальших досліджень є: розширення вибірки до 150–200 пацієнтів з різних регіонів України; лонгітюдне спостереження тривалістю 2–3 роки; порівняльний аналіз ефективності окремих компонентів програми; впровадження цифрових технологій (VR, роботизовані тренажери, телереабілітація); адаптація програми для віддаленої реабілітації; фармако-економічне обґрунтування впровадження.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

На основі результатів проведеного дослідження для фізичних терапевтів, неврологів, організаторів охорони здоров'я, пацієнтів з хворобою Паркінсона та їхніх родичів розроблено наступні практичні рекомендації:

1. Фізична терапія має бути невід'ємним компонентом комплексного лікування усіх пацієнтів з ХП, починаючи з моменту встановлення діагнозу. Раннє початок реабілітації дозволяє уповільнити прогресування функціональних порушень, зберегти рухову активність та покращити якість життя пацієнтів.

2. При плануванні програми фізичної терапії для пацієнта з ХП рекомендовано використовувати комплексний мультимодальний підхід, що інтегрує 5 основних компонентів: модифіковані вправи LSVT BIG (амплітуда), тренування рівноваги, тренування ходи з dual-task, аеробні тренування, танцювальну терапію. Тривалість одного заняття – 60 хвилин, частота – 3 рази на тиждень, загальна тривалість курсу – 12 тижнів.

3. Обов'язковим елементом програми має бути щоденна домашня практика (20–30 хв): вправи на амплітуду рухів, прості вправи на рівновагу, ходьба. Пацієнт має вести щоденник домашньої практики, який перевіряється фізичним терапевтом на кожному занятті.

4. Інтенсивність аеробних тренувань має визначатись індивідуально з урахуванням віку, супутньої патології, медикаментозного лікування. Рекомендована цільова ЧСС – 60–75 % від резерву ЧСС (за формулою Карвонена). Обов'язковий моніторинг АТ та ЧСС до, під час та після тренування.

5. Для запобігання падінням необхідно регулярно оцінювати ризик падінь за шкалою Берга (обов'язково на початку програми, через 6 тижнів, після завершення курсу). Пацієнтам з високим ризиком падінь (шкала Берга < 41 бала, TUG > 13,5 с) рекомендовано посилений акцент на тренування балансу, використання асистивних пристроїв (тростина, роллатор) у повсякденному житті.

6. Заняття мають проводитись у періоди оптимальної дії протипаркінсонічних препаратів («on-state»), переважно через 45–90 хвилин після прийому леводопи. Важливо узгоджувати графік занять з режимом медикаментозного лікування пацієнта.

7. Психосвіта родичів пацієнта є обов'язковою складовою програми. Не менше 3 психосвітніх сесій протягом курсу (тривалість 45–60 хв) мають охоплювати: принципи домашньої реабілітації, безпеку побутового середовища, профілактику падінь, комунікацію з пацієнтом, емоційну підтримку, алгоритм дій при погіршенні стану.

8. Для забезпечення якості реабілітації необхідна сертифікація фізичних терапевтів з LSVT BIG (офіційна програма сертифікації LSVT Global). Рекомендовано також проходження тренінгів з dual-task терапії та основ танцювальної терапії при ХП.

9. Реабілітація пацієнтів з ХП має здійснюватись у мультидисциплінарній команді у складі: лікар-невролог, фізичний терапевт, ерготерапевт, логопед, психолог, медична сестра, соціальний працівник. Регулярні командні зустрічі (1 раз на місяць) для обговорення пацієнтів забезпечують координацію тактики.

10. Після завершення 12-тижневого курсу інтенсивної терапії рекомендовано перехід до підтримуючої програми: 1–2 заняття на тиждень у реабілітаційному центрі + щоденна домашня програма + повторні оцінки функціонального стану 1 раз на 3–6 місяців з корекцією програми.

11. Адміністраціям реабілітаційних центрів та лікарень рекомендовано: забезпечення спеціалізованого обладнання (балансувальні платформи, велотренажери з моніторингом, тренажерні доріжки, лазерні покажчики, метрономи); створення спеціалізованих залів для групових занять з пацієнтами з ХП; фінансування сертифікації фахівців.

12. Пацієнтам з ХП рекомендовано: активно брати участь у програмах фізичної терапії (регулярність – ключ до ефективності); дотримуватись щоденної домашньої практики; вести щоденник падінь; повідомляти

фізичного терапевта та невролога про зміни в самопочутті; залучати родичів до реабілітаційного процесу; приєднуватись до груп підтримки пацієнтів з ХП (очно або онлайн) для обміну досвідом та психологічної підтримки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аветісов М. О. Сучасні принципи реабілітації пацієнтів з хворобою Паркінсона. Український неврологічний журнал. 2019. № 2. С. 34–41.
2. Бар В. М., Магльований В. В. Основи клінічного обстеження в фізичній терапії: навчальний посібник. Львів: ЛДУФК, 2018. 276 с.
3. Базилевич О. А. Особливості реабілітації пацієнтів неврологічного профілю. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Медицина. 2020. Вип. 2 (62). С. 12–19.
4. Белікова Н. О. Реабілітація пацієнтів з руховими розладами в умовах воєнного часу. Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини. 2022. № 11. С. 45–52.
5. Бойчук Т. В., Волошин О. І. Нейродегенеративні захворювання: сучасні підходи до діагностики та лікування. Буковинський медичний вісник. 2019. Т. 23, № 3. С. 98–105.
6. Бондаренко О. І. Якість життя пацієнтів з хворобою Паркінсона у процесі реабілітації. Український медичний часопис. 2020. № 4 (138). С. 72–76.
7. Вернер Р. М. Тренування рівноваги у пацієнтів з руховими розладами: практичний посібник. Київ: Медицина, 2019. 224 с.
8. Герасименко Л. В., Кушнір С. Л. Фізична терапія при хворобі Паркінсона: огляд сучасних підходів. Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології. 2021. № 1. С. 28–37.
9. Дорошенко Е. Ю. Аеробні тренування в реабілітації неврологічних пацієнтів. Український журнал медичної та біологічної фізкультури. 2020. № 6 (28). С. 14–20.
10. Дубровіна М. В. Організація мультидисциплінарної допомоги пацієнтам з хронічними захворюваннями. Сімейна медицина. 2019. № 3. С. 56–62.
11. Єрмолаєва Е. П. Немоторні прояви хвороби Паркінсона та їх корекція. Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, вип. 4 (97). С. 82–88.

12. Карабань І. М. Хвороба Паркінсона: діагностика, лікування, реабілітація. Київ: ВД «Медкнига», 2019. 312 с.
13. Карабань І. М., Карасевич Н. В. Рання діагностика та комплексне лікування хвороби Паркінсона. Міжнародний неврологічний журнал. 2019. № 2 (104). С. 23–30.
14. Карпов А. В. Функціональні тести в клінічній практиці невролога. Український медичний часопис. 2017. № 5 (121). С. 89–95.
15. Коваленко О. Є. Патогенетичні механізми хвороби Паркінсона. Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. 2020. № 1–2. С. 47–54.
16. Коваленко О. Є., Слободін Т. М. Сучасні можливості нейропротекції при хворобі Паркінсона. Український вісник психоневрології. 2020. Т. 28, вип. 1 (102). С. 18–24.
17. Ковальчук В. Я. Сертифіковані програми реабілітації в Україні: стан та перспективи. Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини. 2021. № 9. С. 67–74.
18. Кушнір С. Л. Танцювальна терапія як компонент реабілітації при хворобі Паркінсона. Спортивна медицина і фізична реабілітація. 2021. № 2. С. 52–58.
19. Лисенко В. А. Принципи доказової медицини в фізичній терапії. Український журнал медицини, біології та спорту. 2019. Т. 4, № 5 (21). С. 354–360.
20. Магльований В. В., Сич В. М. Клінічне обґрунтування програм фізичної терапії. Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. 2020. № 3 (51). С. 89–96.
21. Мартинюк В. Ю. Реабілітація пацієнтів з неврологічними захворюваннями: навчальний посібник. Харків: ХНМУ, 2019. 244 с.
22. Мерзлікіна О. А. Застосування методу LSVT BIG у реабілітації пацієнтів з хворобою Паркінсона. Практика і досвід. 2020. № 4. С. 112–117.
23. Наказ МОЗ України від 25.02.2015 № 356 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної

- допомоги при хворобі Паркінсона» (з оновленнями 2022 р.). Київ: МОЗ України, 2022. 54 с.
24. Петренко С. В. Реабілітаційні заходи при паркінсонізмі. Медсестринство. 2020. № 3. С. 41–48.
25. Романишина Л. І. Сучасні підходи до фізичної реабілітації в неврології. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. 2019. Вип. 11 (119). С. 183–189.
26. Савченко А. Ю. Постуральна стабільність пацієнтів з хворобою Паркінсона: методи оцінки та корекції. Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія. 2020. № 2 (104). С. 34–40.
27. Слободін Т. М. Комплексна реабілітація пацієнтів з хворобою Паркінсона. Міжнародний неврологічний журнал. 2020. № 4 (114). С. 43–51.
28. Слободін Т. М., Сулик В. О. Ефективність фізичної терапії при хворобі Паркінсона: результати когортного дослідження. Український неврологічний журнал. 2020. № 3–4. С. 19–27.
29. Сулик В. О. Динаміка моторних показників при комплексному лікуванні хвороби Паркінсона. Клінічна та експериментальна патологія. 2020. Т. 19, № 2 (72). С. 85–91.
30. Сулик Р. В. Оптимізація реабілітаційних програм для пацієнтів з нейродегенеративною патологією. Art of Medicine. 2021. № 1 (17). С. 121–128.
31. Тимошенко М. О. Dual-task тренування в реабілітації неврологічних пацієнтів. Спортивний вісник Придніпров'я. 2020. № 3. С. 176–183.
32. Юник Т. І. Падіння у пацієнтів з хворобою Паркінсона: профілактика та корекція. Медсестринство. 2021. № 2. С. 28–34.
33. Ярош Д. М. Сучасні технології у реабілітації пацієнтів з руховими розладами. Реабілітація та паліативна медицина. 2021. Т. 2, № 2 (14). С. 91–98.
34. Яцишин А. А. Методика Берга в оцінці рівноваги: клінічні аспекти застосування. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. 2020. Вип. 3 (123). С. 125–130.

35. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» № 1053-IX від 03.12.2020. Відомості Верховної Ради України. 2021. № 8. Ст. 59.
36. Ahlskog J. E. Aerobic exercise: evidence for a direct brain effect to slow Parkinson disease progression. *Mayo Clinic Proceedings*. 2018. Vol. 93 (3). P. 360–372.
37. Allen N. E., Canning C. G., Almeida L. R., et al. Interventions for preventing falls in Parkinson's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020. Issue 6. Art. No.: CD011574.
38. Bloem B. R., Okun M. S., Klein C. Parkinson's disease. *The Lancet*. 2021. Vol. 397 (10291). P. 2284–2303.
39. Ebersbach G., Ebersbach A., Gandor F., et al. Impact of physical exercise on reaction time in patients with Parkinson's disease: the BIG-Extension study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2015. Vol. 96 (11). P. 2059–2064.
40. Ellis T., Rochester L. Mobilizing Parkinson's disease: the future of exercise. *Journal of Parkinson's Disease*. 2018. Vol. 8 (s1). P. S95–S100.
41. Hackney M. E., Earhart G. M. Tai chi and agility exercise for Parkinson's disease: a randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. 2019. Vol. 33 (11). P. 901–912.
42. Janssens J., Malfroid K., Nyffeler T., et al. Application of LSVT BIG intervention to address gait, balance, bed mobility, and dexterity in people with Parkinson disease. *Physical Therapy*. 2018. Vol. 94 (7). P. 1014–1023.
43. Keus S. H., Munneke M., Graziano M., et al. European Physiotherapy Guideline for Parkinson's Disease. KNGF/ParkinsonNet, Netherlands, 2019. 191 p.
44. Morris M. E., Menz H. B., McGinley J. L., et al. A randomized controlled trial of movement strategies compared with exercise for people with Parkinson's disease. *Movement Disorders*. 2015. Vol. 30 (9). P. 1251–1260.
45. Nieuwboer A., De Weerd W., Dom R., et al. The effect of a home physiotherapy program for persons with Parkinson's disease. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2015. Vol. 33 (6). P. 266–272.

46. Schenkman M., Moore C. G., Kohrt W. M., et al. Effect of high-intensity treadmill exercise on motor symptoms in patients with de novo Parkinson disease: the SPARX randomized clinical trial. *JAMA Neurology*. 2018. Vol. 75 (2). P. 219–226.
47. Shanahan J., Morris M. E., Bhriain O. N., et al. Dance for people with Parkinson disease: what is the evidence telling us? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2019. Vol. 96 (1). P. 141–153.
48. Shen X., Wong-Yu I. S., Mak M. K. Effects of exercise on falls, balance, and gait ability in Parkinson's disease: a meta-analysis. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. 2016. Vol. 30 (6). P. 512–527.
49. Tomlinson C. L., Herd C. P., Clarke C. E., et al. Physiotherapy for Parkinson's disease: a comparison of techniques. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015. Issue 6. Art. No.: CD002815.
50. Wu P. L., Lee M., Huang T. T. Effectiveness of physical activity on patients with Parkinson's disease: a systematic review. *PLOS ONE*. 2017. Vol. 12 (7). P. e0181515.

ДОДАТКИ

Додаток А.

Картка первинного клініко-функціонального обстеження пацієнта

1. Паспортна частина: ПІБ, дата народження, стать, контакти, номер медичної картки.

2. Клінічна характеристика: діагноз за МКХ-10 (G20), дата встановлення діагнозу, тривалість захворювання, стадія за Хен–Яр, клінічна форма (акінетико-ригідна / тремтлива / змішана).

3. Медикаментозна терапія: назва препаратів, дози, режим прийому, тривалість терапії, наявність ускладнень (моторні флуктуації, дискінезії).

4. Супутня патологія: серцево-судинні захворювання, ендокринні розлади, опорно-руховий апарат, когнітивні та психічні порушення, сенсорні порушення.

5. Функціональне обстеження: MDS-UPDRS частини I–IV (загальний бал, бали за частинами), шкала Берга (загальний бал + деталізація за 14 пунктами), TUG (час у секундах), 10-MWT (час), 6-MWT (дистанція у метрах), MMSE (бали).

6. Якість життя: PDQ-39 (інтегральний бал + 8 доменів).

7. Анамнез падінь: кількість падінь за попередні 3 місяці, обставини, наслідки (з травмами / без травм).

8. Рекомендації: призначення програми фізичної терапії, рекомендації щодо безпеки, домашньої практики, моніторингу.

Зразок плану щоденного заняття за авторською програмою

Таблиця В.1

Структура заняття для пацієнта з ХП II стадії (60 хв)

| Час | Компонент | Зміст | Методичні вказівки |
|----------|------------------|---|---|
| 0–5 хв | Розминка | Дихальні вправи, суглобова гімнастика | ЧСС до 100 уд/хв, АТ контроль |
| 5–20 хв | LSVT BIG | 10 вправ з max амплітудою (× 8 повторів) | Акцент на BIG-рухи, подолання гіпокінезії |
| 20–30 хв | Баланс | Нестабільна поверхня (BOSU), тандем-стояння, крокові рухи | Страховка фізичного терапевта |
| 30–40 хв | Хода + dual-task | Метрономна ходьба + рахунок, ходьба з предметом | Темп 80–120 уд/хв, візуальні підказки |
| 40–55 хв | Аеробне | Велотренажер 15 хв, ЧСС 60–75 % резерву | Моніторинг ЧСС, ШКІ за Боргом |
| 55–60 хв | Танго/заминка | 5 хв танго елементів + розтягування | Ритмічні аудіальні підказки |

Пам'ятка для пацієнта та родичів

Основні правила безпеки у побуті:

1. Забезпечте гарне освітлення всіх приміщень, особливо коридорів та сходів. Використовуйте нічник у спальні та ванній.
2. Приберіть слизькі килими, шнури та інші перешкоди, що можуть спричинити падіння.
3. Встановіть поручні у ванній кімнаті, туалеті, біля ліжка.
4. Використовуйте стійке взуття з неслизькою підошвою, уникайте капців.
5. Не піднімайте важкі предмети самостійно.

Рекомендації щодо режиму:

1. Приймайте ліки точно за призначенням лікаря, не пропускайте прийоми.
2. Виконуйте домашню програму фізичної терапії щоденно (20–30 хв).
3. Під час ходьби використовуйте аудіо-метроном або вголос рахуйте ритм кроків.
4. При завмиранні (FOG) зупиніться, перенесіть вагу з однієї ноги на іншу, зробіть крок назад, потім великий крок вперед.
5. Беріть активну участь у соціальному житті – танцях, прогулянках, спілкуванні.

Коли звертатись до лікаря:

1. При раптовому погіршенні рухових функцій.
2. При появі побічних ефектів медикаментів (нудота, дискінезії, галюцинації).
3. При падіннях з травмами.
4. При появі депресії, тривоги, порушень сну.
5. При труднощах ковтання або мовлення.