

ISSN 2710-3056

# Grail of Science

Periodical scientific journal

No 39  
May  
2024

## The issue of journal contains

Proceedings of the VII Correspondence  
International Scientific and Practical Conference

### **GLOBALIZATION OF SCIENTIFIC KNOWLEDGE: INTERNATIONAL COOPERATION AND INTEGRATION OF SCIENCES**

held on May 10<sup>th</sup>, 2024 by

NGO European Scientific Platform (Vinnytsia, Ukraine)  
LLC International Centre Corporative Management (Vienna, Austria)



**OUCI**  
Open Ukrainian Citation Index



Euro Science Certificate № 22571 dated 03.04.2024  
UKRISTEI (Ukraine) Certificate № 81 dated 05.01.2024

INDEX  COPERNICUS  
INTERNATIONAL

INTERNATIONAL SCIENTIFIC JOURNAL

# GRAIL OF SCIENCE

№ **39** (May, 2024)

with the proceedings of the:  
VII Correspondence International  
Scientific and Practical Conference

**GLOBALIZATION OF SCIENTIFIC  
KNOWLEDGE: INTERNATIONAL  
COOPERATION AND  
INTEGRATION OF SCIENCES**

held on May 10<sup>th</sup>, 2024 by

NGO European Scientific Platform  
(Vinnytsia, Ukraine)  
LLC International Centre Corporative  
Management (Vienna, Austria)

МІЖНАРОДНИЙ НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ

# ГРААЛЬ НАУКИ

№ **39** (травень, 2024)

за матеріалами:  
VII Міжнародної науково-  
практичної конференції

**ГЛОБАЛІЗАЦІЯ НАУКОВОГО  
ЗНАННЯ: МІЖНАРОДНА  
КООПЕРАЦІЯ ТА  
ІНТЕГРАЦІЯ НАУК**

що проводилася 10.05.2024

ГО «Європейська наукова  
платформа» (Вінниця, Україна)  
ТОВ «International Centre Corporative  
Management» (Відень, Австрія)





ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ЧАТ-БОТІВ ТА ВІРТУАЛЬНИХ ПОМІЧНИКІВ В ОСВІТЬОМУ ПРОЦЕСІ, ЯК ІНСТРУМЕНІВ ІНТЕРАКТИВНОГО НАВЧАННЯ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ  
Гриценко Л.О., Голяд Р.О. ....591

ПРОЄКТНО-ОРІЄНТОВАНЕ НАВЧАННЯ АНГЛІЙСЬКОЇ МОВИ У ЗВО ТОРГОВО-ЕКОНОМІЧНОГО СПРЯМУВАННЯ  
Шостак У.В. ....596

РЕФЛЕКСІЯ ЯК СТРУКТУРНИЙ КОМПОНЕНТ ПЕДАГОГІЧНОЇ МАЙСТЕРНОСТІ МАЙБУТЬОГО ВЧИТЕЛЯ  
Бутенко Н.І., Спринь О.Б., Мацейко І.І. ....601

ТРЕНДИ МУЛЬТИКУЛЬТУРАЛІЗМУ В УМОВАХ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ  
Грицяк Л.Д. ....605

### **ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ**

TRANSLANGUAGING IN TEACHING FOREIGN LANGUAGES  
Luchenko O., Doronina O. ....610

ЗАСТОСУВАННЯ ВІРТУАЛЬНИХ ДОШОК ПІД ЧАС ОНЛАЙН-ЗАНЯТЬ З АНАТОМІЇ І ФІЗІОЛОГІЇ ЛЮДИНИ  
Алексеева Т.М. ....612

ІННОВАЦІЙНІСТЬ ЯК КОНЦЕПТУАЛЬНА ОСНОВА ОРГАНІЗАЦІЇ ОСВІТЬОГО ПРОЦЕСУ У ЗВО  
Козлов Є.Д., Ступак О.П. ....615

ІНШОМОВНА ПІДГОТОВКА ФАХІВЦІВ ГАЛУЗІ ЗНАНЬ «СФЕРА ОБСЛУГОВУВАННЯ» В КОНТЕКСТІ НЕОДНОРІДНОСТІ КОМУНІКАТИВНИХ СТИЛІВ  
Поздняков О.В. ....618

КЛЮЧОВІ ДРАЙВЕРИ ЦИФРОВІЗАЦІЇ ОСВІТЬОЇ СФЕРИ  
Дибкова Л.М. ....621

ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАННЯ В МАГІСТРАТУРІ: ВИКЛИКИ ТА ДОСЯГНЕННЯ  
Віценко А.Г., Петренко Ю.М. ....623

ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ЕТИКИ МАЙБУТНІХ ЮРИСТІВ У ПРОЦЕСІ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ  
Вишківська В.Б., Тригуб А.Ю. ....626

## **РОЗДІЛ XXIV. ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХІАТРІЯ**

### **СТАТТІ**

НОРМАЛІЗАЦІЯ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ПАЦІЄНТІВ СТОМАТОЛОГА ЗАСОБАМИ МУЗИКИ  
Меднікова Г.І. ....629

DOI 10.36074/grail-of-science.10.05.2024.109

## ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА ХВОРИМ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІНСУЛЬТ

Растворов Олександр Анатолійович

канд. мед. наук, доцент, доцент кафедри фтизіатрії і пульмонології  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна

**Анотація.** Основною причиною інвалідності та другою причиною смерті у світі є інсульт. Хворі, які перенесли інсульт, мають тягар симптомів, що впливають на пацієнтів та їх родини фізично, емоційно, соціально та духовно. Для полегшення симптомів при гострих і післяінсультних станах, разом з фармакологічною терапією і реабілітацією, потрібна паліативна допомога.

Паліативний підхід до лікування спрямований на покращення якості життя, передбачає узгодження доступних варіантів лікування з цінностями та цілями пацієнта, зменшує фізичні та емоційні страждання хворих та їх сімей, надає соціальну і духовну підтримку, що є вкрай актуальним у ведення хворих з післяінсультними станами.

**Ключові слова:** інсульт, паліативна допомога, симптоматика, лікування, реабілітація, догляд

За визначенням ВООЗ (2006) «Інсульт – це раптове виникнення вогнищевих або генералізованих порушень мозкової функції, що обумовлені лише судинними причинами, які пов'язані з мозковим кровотоком і тривають понад 24 години» [1].

Діагноз інсульту також встановлюють, якщо симптоми тривають менше 24 годин, але при проведенні нейровізуалізації безперечно виявленотовано вогнище ішемії, але після тромболітичної терапії симптоматика зникла або пацієнт помер у 1-шу добу від появи симптомів.

За патогенетичним механізмом та етіологією інсульти поділяють на:

- ішемічні інсульти (близько 80 %), що виникають в результаті оклюзії артерії з обмеженням кровопостачання у головний мозок;
- геморагічні інсульти, які спричинені внутрішньомозковим (близько 15 %) або субарахноїдальним (біля 5 %) крововиливом внаслідок розриву внутрішньомозкових судин, аневризми чи інших судинних вад;
- венозні інсульти (менше 1 %), що пов'язані з тромбозом вен головного мозку або венозних синусів твердої оболонки.

Інсульт є основною причиною інвалідності в усьому світі та другою причиною смерті. Протягом свого життя кожна четверта людина старше 25 років переносить інсульт. Щороку понад 16% інсультів спостерігається у людей 15-49 років і більше 62% - у людей до 70 років.

З 1990 по 2019 рік спостерігалось збільшення захворюваності на інсульт на 70%, смертності внаслідок інсульту на 43%, поширеності інсульту на 102% і

кількості років життя з поправкою на інвалідність (РЖПІ) на 143%. Переважна частка глобального тягаря інсульту (86% смертей внаслідок інсульту та 89% РЖПІ) припадає на країни з низьким та середньо-низьким рівнем доходів, що створює суттєві проблеми як для органів охорони здоров'я в цих країнах, так і для окремих родин, де є хворі з післяінсультними станами. У світі зараз налічується понад 101 мільйон людей, які перенесли інсульт. Понад 143 мільйони років здорового життя щорічно втрачається через смерть і інвалідність, які пов'язані з інсультом [2].

У 2022 році у світі сталося близько 26,8 тис. випадків інсульту серед 25,1 тис. осіб. Протягом 2000-х років зменшилася як захворюваність, кількість випадків інсульту на 100 тис. населення, так і смертність, кількість смертей на 100 тис. населення. залишається стабільною. У 2022 році близько 5600 людей померли від інсульту [3].

В Україні серцево-судинні захворювання, зокрема інсульт, призводять до 67% усіх смертей. За офіційною статистикою МОЗ України, інсульт щороку діагностують у більш ніж 140 тис. осіб (понад третину з них становлять особи працездатного віку); 30-40% пацієнтів помирають у перший місяць і до 50% – упродовж року від початку хвороби; 20-40% осіб, що вижили, стають залежними від сторонньої допомоги (12,5% первинної інвалідності) [4].

У 75-80 % осіб, що перенесли інсульт, спостерігається цілий спектр станів, що погіршують якість життя, – дисфагія, порушення мови, когнітивні порушення та/або нездатність спілкуватися чи розуміти мову, задишка, нейропатичні, скелетно-м'язові, та інші больові синдроми, парези і паралічі, які ускладнюються набряком кінцівок, застійною (гіпостатичною) пневмонією, пролежнями, порушення зору, психо-емоційні розлади (тривога, сплутаність свідомості, марення, збудження, порушення сну, відчуття безнадії або втрата сенсу життя), сухість у роті, судоми й парестезії, нудота і блювота, закрепи, нетримання функцій сечовипускання та дефекації.

Ці стани призводять не лише до страждань хворих та їх близьких, а й зумовлюють чималий економічний тягар як для країни загалом, так і для кожної родини. Пацієнтам, що вижили після інсульту, необхідні високовартісне лікування та реабілітація, психологічна допомога (її нерідко потребують і близькі пацієнта). Вартість такого курсу лікування значно вища за фінансові можливості пересічної української родини [4].

За даними Українського Центру Суспільних досліджень (на основі розрахунків 23018 року) паліативної допомоги потребувало 262757 осіб з серцево-судинними захворюваннями, серед яких значну частку (біля 50-60%) склали хворі з післяінсультними станами [5].

Резолюція Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я (2014) визначає паліативну допомогу (ПД) як «підхід, що дозволяє покращити якість життя хворих і членів їхніх родин, які стикнулися з проблемою невиліковного захворювання, шляхом запобігання та полегшення страждань завдяки ранньому виявленню і точній оцінці проблем, що виникають, та проведення адекватних лікувальних втручань, а також надання психологічної, соціальної та моральної підтримки» [6]. Суттєве значення паліативна допомога (ПД) має при несприятливому перебігу невиліковного захворювання, особливо в термінальній стадії хвороби.

«Паліативна допомога» спеціалістами з лікування інсульту, особами, які перенесли інсульт, їх родинами часто розглядається лише як догляд наприкінці життя або припинення лікування. Проте, організація допомоги у відділенні, де отримують лікування хворі з гострим інсультом, вже включає численні аспекти паліативної допомоги і відповідає «загальній паліативній допомозі», а бригади паліативної допомоги надають «спеціалізовану» паліативну допомогу.

Інсульт виникає раптово як несподівана життєва подія, що переважно призводить до суттєвої втрати функцій і впливає на всі аспекти життя. Втрата тих чи інших функцій призводить до «неприйнятних» обставин життя, але їх сприйняття може мати значні суб'єктивні відмінності: тоді як деякі хворі з серйозним ступенем інвалідності після перенесеного інсульту об'єктивно визнають свій стан і пристосовуються до нього, інші, з менш серйозними ураженнями, настільки не сприймають своє становище, що висловлюють бажання померти.

Правдива інформація про цілі та можливі результати лікування може допомогти уникнути значних розбіжностей між наявним досвідом хворого і його родини й їх очікуваннями. Чим триваліше їх досвід буде відрізнятися від запропонованих цілей і очікувань, тим нижчим буде задоволення та загальна якість життя.

Фахівцям з лікування інсульту вже в гострому періоді захворювання треба надавати первинну паліативну допомогу хворим та їх родинам, що включає: допомогу, орієнтовану на пацієнта та сім'ю, оцінку прогнозу, розробку цілей допомоги, обізнаність про наслідки захворювання і досвід паліативного лікування наприкінці життя для прийняття загальних рішень щодо інсульту, оцінку та лікування симптомів, координація догляду, включно з направлення до спеціалізованої ПД або хоспісу, сприяння адаптації пацієнта та його родини до нових умов, для подальшого подолання втрати після смерті хворого [7-9].

Етичний принцип автономії є основою спільного прийняття рішень (СПР) і забезпечує право пацієнтів обирати лікування з декількох варіантів. Для покращення якості життя необхідно формування розширених планів лікування (РПЛ) для постійного догляду що дозволить пацієнтам (якщо вони дієздатні) або їх опікунам і доглядачам висловити переваги, цінності, переконання та цілі, а клініцистам пристосувати лікування відповідно до потреб і побажань пацієнта та сім'ї. РПЛ потребують регулярного перегляду та оновлення з урахуванням нових уподобань пацієнта щодо догляду і вимагають постійного спілкування між медичними працівниками, хворими та особами, які за ними доглядають [7-9].

Якщо пацієнти не можуть спілкуватися, клініцист повинен враховувати думку осіб з найближчого оточення, але обов'язково приймати рішення на благо пацієнта. Необхідно при прийнятті рішення враховувати різні національно-культурні й релігійні особливості родини і усвідомлювати значний тягар, який несе сім'я під час прийняття рішень. Визначення волі пацієнта, коли втрачено комунікацію та/або здатність приймати рішення, є особливо складним і часто покладається на розповіді осіб з найближчого оточення. Питання продовження життя при серйозних порушеннях є важливим для прийняття рішень, особливо при розгляді підтримуючих життя методів лікування

(годування через зонд, штучна вентиляція легень) при невизначеному прогнозі функціонального відновлення [7-9].

В післягострому періоді допомога при інсульті переважно спрямована на відновлення, реабілітацію та вторинну профілактику інсульту. Проте, особи, які перенесли інсульт, та їх сім'ї часто неготові до післягострого періоду, потребують підтримки в управлінні симптомами, адаптації до нових умов існування та рішення поточних медичних проблем. Прогностична невизначеність у післягострому періоді ускладнює потреби пацієнтів і сімей, так як розвиток захворювання залишається невизначеним, а стабільна фаза часто не досягається до року після інсульту. Паліативний підхід може покращити результати лікування інсульту після гострого періоду завдяки вирішенню медичних, соціальних, психологічних і духовних потреб пацієнтів і їх родин.

Роль реабілітації у виживанні після інсульту має вирішальне значення для оптимізації функціональних результатів і полегшення симптомів, особливо при тяжких інсультах. Реабілітаційні методи разом з ПД найкраще включати в усі види лікування, починаючи з гострого постінсультного періоду, як тільки стан пацієнта стає стабільним. Необхідно ведення хворих мультидисциплінарною командою що включає неврологів, реабілітологів, фізіотерапевтів та ерготерапевтів, дефектологів та інших необхідних фахівців. Цілісний, міждисциплінарний командний підхід як до паліативної допомоги, так і реабілітаційних послуг є фундаментальним для оптимізації результатів лікування хворих. Раннє втручання та допомога пацієнтам та особам, які за ними доглядають, допомагає сприйняти та впоратися з наявними порушеннями, що сприяє кращим результатам [10].

Виявлення та лікування симптомів у пацієнтів що вижили після інсульту є провідним напрямком для покращення якості їх життя. Проте хворі, які перенесли інсульт, часто не можуть достатньо ретельно описати свій стан. Медичні працівники та доглядачі повинні знати про поширеність і прояви цих симптомів і бути уважним до їх наявності. Симптоми, які виникають, можуть надзвичайно турбувати раніше здорових пацієнтів і з'являтися в будь-який час після інсульту, спостерігатися постійно чи періодично, поступово посилюватися, особливо в термінальному стані. Вони негативно впливають на відновлення, якість життя та смертність [11, 12].

Хронічний біль після інсульту виникає приблизно у чверті хворих, що перенести інсульт. Ступінь порушень та початок варіює, а біль часто надзвичайно сильний, що заважає участі в реабілітації. Найбільш поширеними типами болю є центральний постінсультний біль і геміплегічний біль у плечі, больова спастичність і головний біль напруги.

Центральний постінсультний біль – це нейропатичний больовий синдром, який виникає через декілька тижнів або місяців після інсульту як прямий наслідок ураження відповідної частини тіла. Біль може бути спонтанним або індукованим, а спонтанний біль може бути постійним або періодичним. Часто відзначаються сенсорні аномалії – дизестезія, алодинія і гіпералгезія [13. 14].

Геміплегічний біль у плечі розвивається від тижнів до місяців після інсульту, його поширеність зростає зі збільшенням моторних порушень і при

відсутності рухової функції руки у більш як 4/5 хворих. Геміплегічний біль виникає в результаті сенсорних і моторних дефіцитів, підвиwichу та обмеженого пасивного діапазону рухів і може поєднуватися зі спастичним болем у плечі [13, 14].

Для лікування застосовують неопіодні фармакологічні та немедикаментозні методи лікування (нестероїдні протизапальні препарати, міорелаксанти, інтегративну медицину, мінімально інвазивні методи) на основі модифікованої анальгетичної драбини ВООЗ при хронічному неонкологічному болю. Інтегративна медицина, як цілісна модель, що поєднує фізичну терапію з пасивним (бічним) діапазоном рухів, зміцнення плечового поясу, акупунктуру, масаж, йогу, релаксацію, спинальні маніпуляції, спрямована на поєднання додаткової та альтернативної терапії, і застосовується для полегшення хронічного болю на всіх ступенях знеболювання. Мінімально інвазивну терапію (блокада нервів, внутрішньосуглобові ін'єкції стероїдів, нервово-м'язова електростимуляція, епідуральне та субарахноїдальне спінальне введення місцевих анестетиків, в складних випадках – симпатектомія чи стимуляція спинного мозку) застосовують, коли неопіоди разом з ад'ювантною і інтегративною терапією, вже не надають необхідного знеболюючого ефекту [15].

Профілактика та полегшення спастичності здійснюють методами фізіотерапії, антиспастичним позиціонуванням та вправами на діапазон рухів. В якості ад'ювантів застосовують міорелаксанти та протисудомні засоби.

В лікуванні больових станів необхідно застосовувати психотерапію для вироблення стратегій поведінки щодо болю та його подолання, особливо центрального болю після інсульту.

Судоми та епілепсія після інсульту зустрічаються у 8-12% хворих, особливо при корковій локалізації та важкому клінічному перебігу. Вони можуть посилити метаболічний стрес і загибель клітин, що призводить до збільшення розміру ураження, рівня смертності та негативного функціонального результату. У довгостроковій перспективі судоми можуть спричинити травми, погіршити здатність працювати чи керувати транспортними засобами, вплинути на якість життя. Слід інформувати пацієнтів про підвищений ризик постінсультних судом. Рекомендації Американської кардіологічної асоціації не рекомендують використовувати профілактичні протисудомні засоби (ПСЗ) у пацієнтів з інсультом у яких судом не було. При розвитку постінсультної епілепсії треба розпочинати прийом ПСЗ. Вибір конкретного протиепілептичного препарату повинен враховувати супутні захворювання, ліки, переваги та вартість. Багато пацієнтів з постінсультною епілепсією добре реагують навіть на лікування низькими дозами. Зазвичай перевагу надають монотерапії [16, 17].

Більше половини осіб, які перенесли інсульт, страждають від втоми. Це пов'язано з інвалідністю, розвитком депресії, але також часто зустрічається у хворих, які не мають цих станів. Втома значно частіше зустрічається у пацієнтів після незначних інсультів, ніж у пацієнтів після транзиторної ішемічної атаки, що є наслідком травми мозку. Люди, які перенесли інсульт, та особи, які доглядають, зазвичай не готові до появи значної втоми та намагаються адаптуватися, проте втома має виснажливий вплив на участь у суспільному і



повсякденному житті, повернення до роботи, як хворих, так і членів їх родини [18].

Нетримання сечі та/чи калу часто спостерігається після інсульту. Нетримання сечі стає незручним для пацієнтів і серйозним тягарем для їх опікунів після виписки додому. В гострому періоді під час госпіталізації близько 50% пацієнтів з інсультом відчують нетримання сечі або калу, але надалі, через 6 місяців після події, зменшується: нетримання сечі відзначається у близько 20% хворих, а калу - у 10%. Похилий і старечий вік, важкість інсульту, діабет та інші супутні захворювання, що поглиблюють інвалідизацію, збільшують ризик нетримання сечі/калу у пацієнтів, які перенесли інсульт. Нетримання сечі чи калу після інсульту не завжди пов'язане з безпосереднім ураженням мозку, але може бути наслідком нерухомості та порушеннями в спілкуванні. Загальний догляд при нетриманні сечі передбачає раннє видалення катетерів, щоб уникнути інфекції сечовивідних шляхів, програми тренування сечового міхура та програми стимулювання сечовипускання та дефекації. Закреп також часто виникає після інсульту, особливо при зниженій рухливості, і вимагає регулярного моніторингу, програм дефекації та медикаментозного лікування. У лежачих пацієнтів дефекацію стимулюють проносними та осмотичними засобами [19, 20].

Після перенесеного інсульту більше половини хворих мають розлади дихання уві сні (РДС), що проявляється 10 і більше дихальними паузами (апное) протягом понад 10 с на годину. Найбільш поширеною формою РДС є обструктивне апное сну внаслідок колапсу верхніх дихальних шляхів. РДС сприяють розвитку серцево-судинних захворювань і є важливим фактором ризику. Лікування головним чином включає використання пристроїв постійного позитивного тиску в дихальних шляхах [21].

У хворих, які вижили після інсульту в різному ступені відзначаються психічні розлади – депресія, занепокоєність, емоційна лабільність.

Післяінсультна депресія (ПІД) спостерігається у третини хворих, знижує якість їх життя, перешкоджає реабілітації, та підвищує смертність. Пацієнти з раннім початком (протягом 3 місяців після інсульту) депресії мають високий ризик переживання стійкої депресії, особливо при гіршій базовій функціональній недієздатності та хворі з передінсультною депресією. Депресія з пізнім початком (від 3 місяців до 1 року після інсульту) менш поширена. Фармакологічне лікування ПІД із застосуванням трициклічних антидепресантів (ТЦА), селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) або селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗСН) зменшує різні прояви депресії. Хоча перші ефективні для зменшення депресії, їхні холінергічні побічні ефекти обмежують їх клінічну корисність, особливо у літніх, слабких пацієнтів із судинними захворюваннями. СІЗЗС для лікування ПІД є препаратами вибору, вони більш ефективні у «тривожних депресивних» (збуджених, дратівливих) пацієнтів, тоді як СІЗЗСН більш ефективні у «відсталих депресивних» (розумово та фізично уповільнених) пацієнтів [22-24].

Тривожні розлади (ТР) є відносно поширеними психологічними проблемами і другими за частотою нервово-психічні розлади після інсульту

після депресивних станів. Існує кілька типів тривожних розладів: генералізований тривожний розлад, фобії, селективний мутизм, агорафобія, соціальний тривожний розлад і панічні розлади. Ці розлади мають схожі ключові психологічні симптоми, включають почуття неспокою, надмірне та постійне занепокоєння та страх. ТР можуть супроводжуватися значними фізичними симптомами, деякі з яких нагадують неврологічні прояви. Несприятливі фізичні умови через пошкодження мозку внаслідок інсульту (хронічний біль, порушення сну, труднощі спілкування) сприяють появі ТР. Занепокоєння після інсульту може виникати в гострій і негострій стадіях інсульту і може ускладнюватися страхом повторного інсульту. Генералізована тривожність спостерігається у третини пацієнтів, частота панічних атак невідома. Тривога може супроводжувати депресію чи марення або бути результатом інших тривожних фізичних симптомів. В лікування генералізованої тривоги або симптомів паніки ефективні антидепресанти. Але, при сильній тривозі та обмеженій тривалості життя препаратами вибору є бензодіазепіни. Короткочасні антипсихотичні препарати ефективні, якщо тривога поєднується з маренням [22-24].

Емоційна лабільність, що проявляється патологічним плачем чи сміхом або псевдобульбарний афект неприємні як для хворого, так і для його родини, і спостерігаються у 10-15% осіб, що перенесли інсульт. Знання та інформованість про емоційну лабільність зменшують розвиток потенційно незручних ситуацій. При значній частоті епізодів плачу або сміху можливо застосування антидепресантів [24].

Обов'язковим заходом у веденні хворих з психічними розладами після інсульту є психотерапія.

Дефіцит рухової функції внаслідок інсульту впливає на мобільність пацієнтів, їх обмеження в повсякденній діяльності, участь у житті суспільства та їхні шанси повернутися до професійної діяльності. Найпоширенішим розладом після інсульту є геміпарез контралатеральної верхньої кінцівки, причому понад 80% пацієнтів з інсульту відчувають цей стан гостро та більше 40% хронічно. Загальні прояви порушення рухової функції верхніх кінцівок включають м'язову слабкість або контрактуру, зміни м'язового тону, в'ялість суглобів і порушення контролю над рухом. Ці порушення викликають неможливість повноцінно виконувати звичайні дії – дотягнення, підняття і утримання предметів. Використання звичайних методів лікування (інтенсивне рухове тренування або рухова терапія, спричинена обмеженнями, обмежені та різноманітні покращення, які вони дозволяють), для більшості пацієнтів недостатні для повернення до повної автономності. В таких випадках застосовуються різноманітні інноваційні стратегії нейрореабілітації, щоб підвищити пластичність і покращити рухове відновлення [25, 26].

Інсульт залишається найчастішою причиною афазії. Відновлення мови в більшому обсязі переважно відбувається протягом кількох тижнів після інсульту, але залишкове відновлення може проходити протягом життя пацієнта завдяки компенсаторним, а не відновлювальним механізмам. На відновлення мови після інсульту більшою мірою впливає первинна важкість афазії, але значення мають розмір і розташування ураження, рівень збереження когнітивних здібностей та інші фактори. Певний ступінь дійсної

нейрокогнітивної оцінки у пацієнтів з афазією можливий, і інформація, отримана в результаті такої оцінки, може допомогти процесу реабілітації. Логопедія є основним методом реабілітації для у відновлення мови після інсульту. Процесу відновлення мови також сприяють методи неінвазивної стимуляції мозку.

Особи, що перенесли інсульт, мають ту чи іншу ступінь інвалідності, невизначеність у подальшому перебігу хвороби і житті, що вимагає пристосування до нової та незнайомої ролі утриманця у своєму соціальному середовищі.

Особи, які здійснюють догляд, відіграють важливу роль у збереженні результатів реабілітації та довгострокового благополуччя хворих після інсульту, але часто відзначають відсутність підтримки та зниження якості свого життя, на яку переважно впливають вік і функціональний стан пацієнтів. Догляд за хворими після інсульту дуже напружений через різноманітність неврологічних порушень внаслідок інсульту - моторних, сенсорних, зорових, мовних, когнітивних та емоційних. Особи-доглядачі за післяінсультними хворими мають високий ризик вигорання опікунів, тому потребують програм підтримки. Соціальні служби також повинні сприяти задоволенню наявних соціальних потреб та сприяти доступу до догляду, транспорту, реабілітації, ліків, консультацій, громадських ресурсів тощо.

Страждання пацієнта та складності існування родини часто ускладнюють фізичне та психологічне існування. Духовна допомога є обов'язковим компонентом паліативної допомоги. Раптово зіткнувшись із власною смертністю, люди, що перенесли інсульт, їх родини, як правило, переглядають своє життя та шукають його сенсу, а іноді й завершення. Духовна турбота – це емоційно-позитивна, співчутлива турбота про людський «дух» і не є специфічною для релігії.

#### **Висновки.**

Прогрес у лікуванні інсульту призводить до більшої виживаності після гострої та підгострої стадій. Проте, це створюють нові проблеми для розуміння та управління виживанням осіб, що перенесли інсульт. Цілісний, міждисциплінарний командний підхід як до паліативної допомоги, так і до реабілітації є фундаментальним для оптимізації результатів лікування пацієнтів. Раннє втручання та допомога пацієнтам та особам, які за ними доглядають, сприйняти та впоратися з пов'язаними порушеннями призводить до сприятливіших результатів. Підвищення обізнаності про постінсультні порушення та симптоми та їх лікування сприяє своєчасному паліативному та реабілітаційному втручання для покращення загальної виживаності та якості життя.

#### **Список використаних джерел:**

- [1] Coupland, A. P., Thapar, A., Qureshi, M. I. Jenkins, H. & Davies A. H. (2017). The definition of stroke. *J. R. Soc. Med.*, (110(1)), 9-12. <https://doi.org/10.1177/0141076816680121>
- [2] World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. (2022). Вилучено з [https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO\\_Global\\_Stroke\\_Fact\\_Sheet.pdf](https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf)
- [3] Statistics on Stroke 2022 (2022). Вилучено з <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2023-11-8834.pdf>

- [4] Купко, Н. (2020). Інсульт: шляхи подолання проблеми світового масштабу. *Здоров'я України 21 сторіччя*. (7 (476)). - Спецвипуск «Інсульт». Додаток (1 (52)), 12-13. Вилучено з <https://health-ua.com/article/46144-nsult-shlyahi-podolannya-problemi-svtovogo-masshtabu>
- [5] Вилучено з <https://socialdata.org.ua/skilki-lyudey-v-ukraini-potrebuyut-pa/>
- [6] Всесвітня асамблея охорони здоров'я. Резолюція WHA67.19 Посилення паліативної допомоги як складової комплексної допомоги протягом усього життя. 2014. (2014). Вилучено з [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_R19-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf)
- [7] Greenway, M. R. F. & Robinson, M. T. (2023). Palliative care approaches to acute stroke in the hospital setting. *Handb. Clin. Neurol.*, (191),13-27. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-824535-4.00010-0>.
- [8] Baik, D., Cho, H. & Masterson C. R. M. (2019) Examining Interventions Designed to Support Shared Decision Making and Subsequent Patient Outcomes in Palliative Care: A Systematic Review of the Literature. *Am. J. Hosp. Palliat. Care*, (36(1))76-88. <https://doi.org/10.1177/1049909118783688> .
- [9] Steigleder, T., Kollmar, R. & Ostgathe, C. (2019) Palliative Care for Stroke Patients and Their Families: Barriers for Implementation. *Front. Neurol.*, (6(10)), 164. <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00164>.
- [10] Shahid, J., Kashif, A. & Shahid, M. K. (2023) A Comprehensive Review of Physical Therapy Interventions for Stroke Rehabilitation: Impairment-Based Approaches and Functional Goals. *Brain. Sci.*, (13(5)),717. <https://doi.org/10.3390/brainsci13050717>.
- [11] Hillis, A.E. & Tippett D.C. (2014) Stroke Recovery: Surprising Influences and Residual Consequences. *Adv. Med.*, 2014,378263. <https://doi.org/10.1155/2014/378263>
- [12] Hope, T. M. H., Friston, K., Price, C. J., Leff, A. P., Rotshtein, P. & Bowman H. (2019) Recovery after stroke: not so proportional after all? *Brain.*, (142(1)), 15-22. <https://doi.org/10.1093/brain/awy302>.
- [13] Treister, A. K., Hatch, M. N., Cramer, S. C. & Chang, E. Y. (2017) Demystifying Poststroke Pain: From Etiology to Treatment. *PMR*, (9(1)), 63-75. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2016.05.015>.
- [14] Haslam, B. S., Butler, D. S., Kim, A. S. & Carey, L. M. (2023) Somatosensory Impairment and Chronic Pain Following Stroke: An Observational Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, (20(2)), 906. <https://doi.org/10.3390/ijerph20020906>.
- [15] Yang, J., Bauer, B. A., Wahner-Roedler, D. L., Chon, T. Y. & Xiao, L. (2020). The Modified WHO Analgesic Ladder: Is It Appropriate for Chronic Non-Cancer Pain? *Pain Res.*, (13), 411–417. <https://doi.org/10.2147/JPR.S244173>
- [16] Ferreira-Atuesta, C., Döhler, N., Erdélyi-Canavese B. & al. (2012). Seizures after Ischemic Stroke: A Matched Multicenter Study. *Ann. Neurol.*, (90(5)), 808-820. <https://doi.org/10.1002/ana.26212>.
- [17] Galovic, M., Ferreira-Atuesta, C., Abaira, L. & al. (2012). After Stroke: Epidemiology, Biomarkers and Management. *Drugs Aging.*, (4), 285-299 <https://doi.org/10.1007/s40266-021-00837-7>.
- [18] Alghamdi, I., Ariti, C., Williams, A., Wood, E. & Hewitt, J. (2012) Prevalence of fatigue after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Eur. Stroke J.*, (6(4)), 319-332. <https://doi.org/10.1177/23969873211047681>.
- [19] Thomas, L. H., Coupe, J., Cross, L. D., Tan, A. L. & Watkins, C. L. (2019). Interventions for treating urinary incontinence after stroke in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* (2(2)), CD004462. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004462.pub4>.
- [20] Jacob, L. & Kostev, K. (2020). Urinary and fecal incontinence in stroke survivors followed in general practice: A retrospective cohort study. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. (63(6)), 488-494, <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2019.12.007>.

- [21] Stevens, D., Martins, R. T., Mukherjee, S. & Vakulin, A. (2018). Post-Stroke Sleep-Disordered Breathing-Pathophysiology and Therapy Options. *Front. Surg.*, (5), 9. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2018.00009>.
- [22] Liu, L., Xu, M., Marshall, I. J., Wolfe, C. D., Wang, Y. & O'Connell, M. D. (2023). Prevalence and natural history of depression after stroke: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *PLoS Med.* (20(3)), e1004200. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004200>.
- [23] Almhdawi, K. A., Alazrai, A., Kanaan, S., Shyyab, A. A., Oteir, A. O., Mansour, Z. M., & Jaber, H. (2021). Post-stroke depression, anxiety, and stress symptoms and their associated factors: A cross-sectional study. *Neuropsychological Rehabilitation.* (31(7)), 1091–1104. <https://doi.org/10.1080/09602011.2020.1760893>
- [24] Zhang, S., Xu, M., Liu, Z. J., Feng, J. & Ma, Y. (2020). Neuropsychiatric issues after stroke: Clinical significance and therapeutic implications. *World J. Psychiatry*, (10(6)), 125-138. <https://doi.org/10.5498/wjp.v10.i6.125>.
- [25] Raffin, E. & Hummel, F. C.. (2018) Restoring Motor Functions After Stroke: Multiple Approaches and Opportunities. *Neuroscientist*, (24(4)), 400-416. <https://doi.org/10.1177/1073858417737486>.
- [26] Langhorne, P., Coupar, F. & Pollock, A. (2009). Motor recovery after stroke: a systematic review. *Lancet Neurol.*, (8),:741-754. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(09\)70150-4](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(09)70150-4).
- [27] Gerstenecker, A. & Lazar, R. M. (2019) Language recovery following stroke. *Clin Neuropsychol.*, (33(5)), 928-947. <https://doi.org/10.1080/13854046.2018.1562093>