

ПЕРСОНАЛІЗОВАНІ ПІДХОДИ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДЕМЕНЦІЄЮ: ДОСВІД ТА РЕЗУЛЬТАТИ

АНДРІЙЧУК Ольга Ярославівна

Волинський національний університет імені Лесі Українки

<https://orcid.org/0000-0003-4415-4696>

e-mail: andrijchuk.olga@vnu.edu.ua

ГРЕЙДА Наталія Богданівна

Волинський національний університет імені Лесі Українки

<https://orcid.org/0000-0003-1107-9976>

e-mail: Greida.Natalja@vnu.edu.ua

КЛІМЧУК Юлія Олександрівна

Волинський національний університет імені Лесі Українки

<https://orcid.org/0009-0008-0202-0802>

e-mail: Klimchuk.Yuliia@vnu.edu.ua

Метою дослідження було оцінити ефективність персоналізованих програм фізичної терапії та ерготерапії у пацієнтів похилого віку з деменцією, зокрема при Хворобі Альцгеймера.

У дослідженні взяли участь 20 осіб віком 60–86 років із діагностованою деменцією. Для оцінки фізичної активності та функціонального стану пацієнтів застосовували Тест 6-хвилинної ходьби, Шкалу Бартел, Тест «Встань та йди», 4-ступеневий тест балансу та 5 Times Sit-to-Stand Test.

На основі результатів обстеження була розроблена індивідуальна комплексна програма реабілітації, яка включала аеробні та силові вправи, тренування балансу та координації, ерготерапевтичні заняття, а також психоемоційну та соціальну підтримку за участю родини.

Проведені тестування результативності комплексної програми показали підвищення мобільності та функціональної активності пацієнтів, зменшення ризику падінь, покращення здатності виконувати повсякденні дії без сторонньої допомоги та позитивний вплив на психоемоційний стан. Статистично значущі зміни спостерігалися за показниками індексу Бартел та тестів на ризик падіння ($p < 0,001$). Дослідження підтверджує ефективність систематизованих і персоналізованих програм фізичної терапії та ерготерапії для підтримки якості життя, функціональної незалежності та психоемоційного стану осіб із деменцією.

Ключові слова: фізична терапія, ерготерапія, реабілітація, мобільність, ризик падіння, функціональна активність, психоемоційний стан, літні пацієнти, деменція

<https://doi.org/10.31891/jtr.2025.1.2>

1. ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ У ЗАГАЛЬНОМУ ВИГЛЯДІ ТА ЇЇ ЗВ'ЯЗОК ІЗ ВАЖЛИВИМИ НАУКОВИМИ ЧИ ПРАКТИЧНИМИ ЗАВДАННЯМИ

Старіння організму — один із провідних факторів ризику розвитку деменції. Ідеї про те, що з віком настає зниження когнітивних здібностей, зустрічаються ще в працях лікарів та філософів Стародавньої Греції й Риму. Проте лише на початку ХХ століття — у 1901 році — німецький психіатр Алоїс Альцгеймер уперше описав клінічний випадок прогресуючого когнітивного розладу, що згодом отримав його ім'я [1].

За статистикою, найбільша частка випадків деменції (приблизно 75–85 %) спостерігається в людей віком 45–65 років; водночас не виключено як ранній (до 40 років), так і пізній (після 65 років) початок захворювання [2]. Ризик розвитку деменції, зокрема Хвороба Альцгеймера, зростає з

віком: частота захворювань зростає від приблизно 1 % у віковій групі 60–70 років до 6–8 % серед осіб 85 років і старше. За деякими даними, близько 10 % людей старших за 60 років та приблизно 50 % — старших за 85 років — можуть мати ознаки цього захворювання [3].

Умовне подвійне збільшення ризику хвороби кожні п'ять років після досягнення пенсійного віку означає, що зі зростанням чисельності літніх людей і подовженням їхнього життя зростатиме поширеність деменції [2]. Така демографічна тенденція прогнозує посилення навантаження на системи охорони здоров'я та соціального забезпечення, навіть у розвинених країнах [4], та збільшує ризик розвитку небезпечних неінфекційних прогресуючих захворювань [5].

За оцінками, прямі витрати на лікування Хвороби Альцгеймера в багатьох випадках

перевищують сумарні витрати, спрямовані на інсульти, онкологічні та серцево-судинні захворювання [6].

Клінічні прояви хвороби часто починаються зі слабо виражених симптомів — наприклад, незначних порушень пам'яті, труднощів з підбором слів у повсякденному мовленні або змін настрою. З прогресуванням захворювання з'являються більш серйозні проблеми: регулярне забування недавніх подій, імен чи облич; складнощі з розумінням мови; порушення здатності до фінансових чи інших побутових операцій; зміни в поведінці — від дезорієнтації до соціально неприйнятних вчинків [7].

Таким чином, розвиток деменції — і насамперед Хвороби Альцгеймера — є актуальною проблемою сучасної сфери охорони здоров'я та суспільства загалом. Зростання числа літніх людей, подовження тривалості життя, разом із суттєвими фінансовими та соціальними витратами роблять необхідним глибоке вивчення факторів, механізмів, а також ефективних заходів ранньої діагностики та реабілітації.

Попри значні дослідження, на сьогодні **не існує специфічного лікування**, яке могло б повністю зупинити чи повернути назад дегенеративні процеси при хворобі Альцгеймера. Терапія здебільшого спрямована на пом'якшення симптомів, підтримку якості життя, уповільнення прогресування хвороби [6]. Водночас увага надається не лише фармакологічним методам, а у значній мірі важливу роль відіграє **фізична терапія**, ерготерапія особливо у поєднанні з підтримкою з боку родини та близьких.

Огляд наукових і практичних публікацій свідчить про те, що хоча проблеми деменції, її діагностики та ведення хворих із деменцією є предметом численних досліджень, **залишаються невирішеними** такі аспекти, як стандартизація підходів до реабілітації, ефективність програм фізичної терапії та ерготерапії, індивідуалізація реабілітаційних заходів відповідно до стану пацієнта, а також довгострокові результати таких втручань.

2. ФОРМУЛЮВАННЯ ЦІЛЕЙ СТАТТІ

Аналіз існуючих підходів до реабілітації осіб похилого віку з деменцією при Хворобі Альцгеймера, оцінка ефективності фізичної

терапії на основі проведення тестів щодо мобільності, самообслуговування, оцінки ризику падіння, визначення сили та фізичного самопочуття.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні взяли участь 20 осіб віком 60–86 років (середній вік $72,75 \pm 7,1$), з проявами деменції, у яких було діагностовано хворобу Альцгеймера. Індивідуальне реабілітаційне обстеження проводилося із застосуванням тестів, рекомендованих для пацієнтів з деменцією та організації нейрореабілітації.

Для оцінки фізичної активності та функціонального стану використовували: тести мобільності та самообслуговування: Тест 6-хвилинної ходьби; Шкала Бартел; тести на ризик падіння: Тест «Встань та йди»; 4-ступеневий тест балансу (Four-Stage Balance Test); тести сили та фізичного самопочуття: 5 Times Sit-to-Stand Test («Сядь і встань»).

Клінічний контроль проводився кожні 6–12 місяців при підозрі на прогресування когнітивних порушень. Медикаментозне лікування пацієнтів було спрямоване на уповільнення прогресування хвороби Альцгеймера.

3. ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ З ПОВНИМ ОБґРУНТУВАННЯМ ОТРИМАНИХ НАУКОВИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

Аналіз сучасних напрацювань з вивчення питання деменції, показав, що більшість науковців підтримують позицію, що через регулярну фізичну активність у літніх людей відбувається активізація мозкового кровообігу, нейропластичність, уповільнення дегенерації. Як результат - підвищення когнітивних функцій і пам'яті, мобільності, здатності до самообслуговування та функціональної активності [8]. Фізична терапія та ерготерапія для людей літнього віку є ключовим чинником підтримки функціональності, попередження падінь, психофізичного стану, особливо при когнітивних порушеннях.

Під час первинного обстеження пацієнтів необхідно проаналізувати основні показники рухової функції, що дасть змогу оцінити загальний стан статичної та локомоції.

Мобільність та самообслуговування: Тест 6-хвилинної ходьби: 4 пацієнти (20%) були немобільні; 3 пацієнти (15%) подолали 50–100 м; 2 пацієнти — 110–190 м; по 5 пацієнтів

(25%) — 200–290 м та 300–390 м; 1 пацієнтка пройшла 400 м. Середнє групове значення серед мобільних пацієнтів — $238,1 \pm 111,3$ м. Розрахунку Індексу Бартел: 5 осіб (25%) мали повну залежність; 8 пацієнтів (40%) — сильну залежність; 7 пацієнтів (35%) — помірну залежність. Середнє значення $X \pm m$ — $46,75 \pm 25,71$.

Ризик падіння: Тест «Встань та йди» проводили серед 15 мобільних пацієнтів: 4 (20%) — 10–15 с; 7 (35%) — 16–20 с; 4 (20%) — 21–26 с. Середнє значення — $18,33 \pm 3,84$. Результати 4-ступеневого тесту балансу: 4 пацієнтам (20%) тест не проводився; у двох групах по 8 осіб (40%) — високий та середній ризик падіння; низький ризик не виявлено.

Сила та функціональна активність: 5 Times Sit-to-Stand Test: 9 пацієнтів (45%) — 14–19 с; 7 пацієнтів (35%) — 20–29 с; 4 пацієнти (20%) — 30–39 с. Середнє значення $X \pm m$ — $22,4 \pm 7,34$.

На основі отриманих даних мультидисциплінарною командою складалась індивідуальна комплексна програма терапії та реабілітації з чітким графіком занять.

При її формуванні враховували сучасні фахові напрацювання та рекомендації. Зокрема доведені твердження, що фізичні вправи покращують функціонально-фізичні показники, якість життя, нейропсихіатричні симптоми та деякі когнітивні аспекти у хворих з хворобою Альцгеймера [9]; вправи (аеробні, силові, комбіновані) демонструють позитивний вплив на фізичну функціональність (тест 6-хвилинної ходьби, індекс Бартел), незалежність в повсякденних діях, а також на зменшення нейропсихіатричних проявів [10]; ерготерапія та тренування статистично значимо покращують здатність до повсякденної життєдіяльності у хворих на деменцію при хворобі Альцгеймера [11].

До програми реабілітаційних заходів включено різнопланові терапевтичні заняття, спрямовані на покращення фізичної функціональності, самостійності та психоемоційного стану пацієнтів.

Покращення мобільності та самостійності починалося з розминки, яка включала пасивні та активні вправи для суглобів верхніх та нижніх кінцівок, у тому числі кульшового суглоба, колінного та плечового (тривалість 5–10 хвилин). Далі виконувалися вправи на рівновагу та координацію: ходьба по прямій

лінії, балансування на одній нозі та переміщення з чергуванням опорної ноги, тривалість 10–15 хвилин. Для розвитку витривалості та аеробних показників передбачено поступове збільшення дистанції ходьби протягом 15–20 хвилин, адаптованої під фізичні можливості кожного пацієнта.

Покращення сили нижніх кінцівок здійснювалося через п'ятикратний тест «Сядь і встань» з контролем часу виконання, що повторювався 3–5 разів. Додатково застосовувалися підйоми на носки та півприсіди з 10–15 повтореннями, що забезпечувало зміцнення квадрицепсів, сідничних та литкових м'язів.

Кардіореспіраторна підготовка включала легку ходьбу або вправи на велотренажері протягом 10–15 хвилин, а також дихальні вправи, спрямовані на підтримку оптимального об'єму легенів та покращення вентиляційних показників.

Ерготерапевтичні заняття були спрямовані на розвиток функціональних навичок повсякденного життя: симуляцію побутових дій (підняття та перенесення предметів, одягання), а також тренування дрібної моторики рук через пальчикові вправи та маніпуляції з предметами побуту.

Психоемоційна та соціальна підтримка включала залучення членів родини до занять для навчання та контролю за виконанням вправ, мотиваційні бесіди та консультування для регуляції емоційного стану пацієнтів, а також ресоціалізацію через легкі ігрові або групові активності, що сприяли інтеграції пацієнтів у соціальне середовище та підвищенню їхньої психологічної стабільності..

Ключовим компонентом реабілітаційного процесу було залучення родини та близьких пацієнта для навчання новим навичкам та підтримки терапевтичного режиму, а також забезпечення безпечного пересування пацієнта у межах дому, включаючи використання допоміжних засобів.

Зміну рівня мобільності пацієнтів після курсу терапії та реабілітації аналізували за допомогою Тесту 6-хвилинної ходьби. За результатами тесту двос пацієнток залишилися немобільними (10%), один пацієнт (5%) подолав відстань 100 м; по трое пацієнток (15%) пройшли відстань 110- 190 м та 200-290 м; п'ятеро пацієнтів (25%) - 300-390 м; у 4 учасників дослідження (20%)

результат тесту 400-4200 м. Середнє групове значення Тесту 6-хвилинної ходьби серед мобільних пацієнтів - $X \pm m$ – 264,4±126,6 м. При порівнянні двох пов'язаних вибірок за Критерій Ст'юдента в порівнянні з даними на початку дослідження різниця не є статистично значущою, $p=0,604$. Отримані результати можна пояснити загальною низькою витривалістю пацієнтів похилого віку; наявністю супутніх захворювань; короткою тривалістю спостереження.

Індивідуально складана програма фізичної терапії в комплексній програмі

реабілітації направлена на підвищення як рівня мобільності, так і на здатність виконувати без сторонньої допомоги активності повсякденного життя (табл. 1). Для аналізу впливу реалізованої програми на ці аспекти, використовували шкалу Берга для розрахунку індексу Берга. Згідно з отриманими даними: у двох пацієток (10%) - повна залежність; у 7 пацієнтів (35%) – сильна залежність; в 11 учасників дослідження (55%) - помірна залежність (рис. 1.). $X \pm m$ – 57,5±26,13.

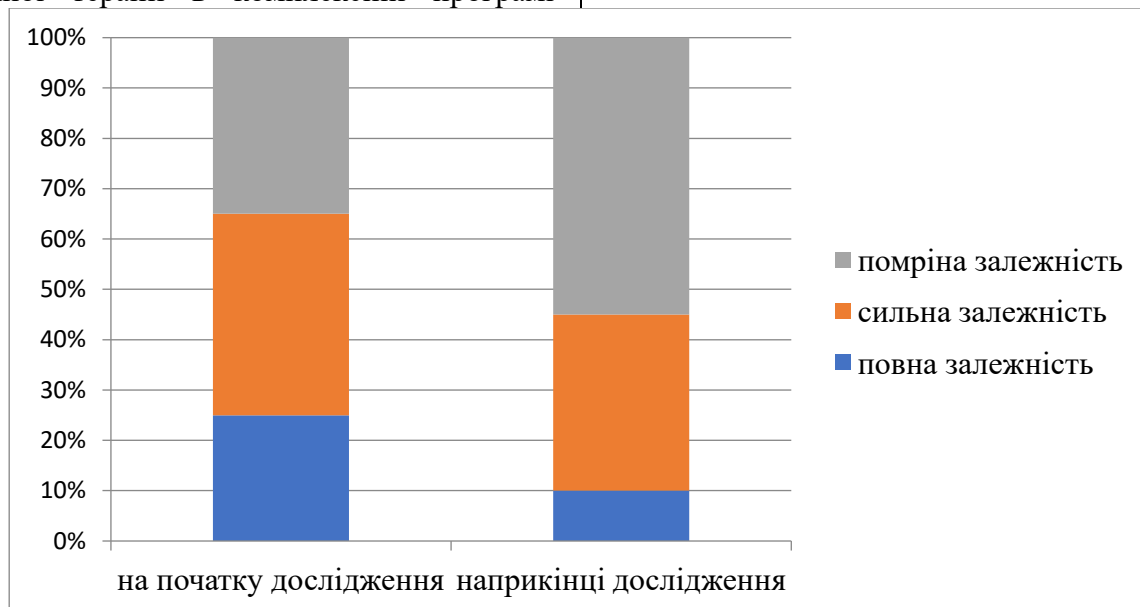


Рис.1. Розподіл пацієнтів згідно з результатами розрахунку Індексу Бертел, %

Таблиця 1

Результативність програми фізичної терапії щодо показників мобільності та самообслуговування

Тестування	На початку дослідження	Наприкінці дослідження	p
тест 6-хвилинної ходьби	238,1±111,3	264,4±126,6	=0,604
Індекс Бертел	46,75±25,71	57,5±26,13	<0,001

Позитивним аспектом реалізації програми терапії та реабілітації є зниження ризику падіння. Для оцінки суб'єктивного відчуття пацієнтів, проводили тести «Встань та йди». Наприкінці дослідження немобільними залишилось 2 пацієток (10%); 9 пацієнтів (45%) показали результат на рівні 10-15 с; 3 пацієнтів (15%) – 16-20 с; 6 пацієнтів (30%) - 21-25 с. Середньогрупове значення - $X \pm m$ – 17,03±4,45. Отримані дані, в порівнянні з даними на початку дослідження, статистично значимо різняться на рівні значущості $p<0,001$, що свідчить про доведену результативність.

Повторне проведення та аналіз результату 4-ступеневого тесту балансу, що базується на здатності пацієнта утримувати статичну рівновагу у чотирьох положеннях, показав, що у двоє пацієток (10%) залишились немобільними; високий ризик падіння у 4 пацієнтів (20%); середній ризик падіння у 13 пацієнтів (65%); низький рівень ризику падіння у однієї пацієнтки (5%).

Включення до комплексної програми реабілітації засобів фізичної терапії та систематизоване виконання індивідуальної програми відобразилось як на самопочутті пацієнтів так і на результатах тестування

щодо функціональної сили нижніх кінцівок. Результати П'ятикратного тесту «Сядь і встань» показав, що у 11 пацієнтів (55%) результат становив від 12 до 19 с; у 8 осіб (40%) – від 20 до 29 с; у 1 пацієнта (5%) – 35 с. Середньогрупове значення - $X \pm m$ – $19,05 \pm 6,33$. Показники отримані на початку дослідження наприкінці дослідження вірогідно різняться на рівні значущості $p < 0,001$.

4. ВИСНОВКИ З ДАНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ І ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК У ДАНОМУ НАПРЯМКУ

Включення систематизованої індивідуальної програми фізичної терапії та ерготерапії у комплексну реабілітацію показало: підвищення мобільності та функціональної активності; зниження ризику падінь; покращення здатності виконувати активності повсякденного життя без сторонньої допомоги; позитивний вплив на психоемоційний стан пацієнтів. Включення родини та підтримка психоемоційного стану є

критично важливими для успішності реабілітації.

Окремої уваги заслуговує комплекс ерготерапевтичних заходів, спрямованих на відновлення та підтримку навичок повсякденної діяльності. Виконання структурованих функціональних завдань сприяло високому рівню залученості пацієнтів, покращувало їхню орієнтацію у побутовому середовищі та формувало відчуття успішності. Такі зміни мають прямий позитивний вплив на мотивацію до участі у реабілітаційному процесі та знижують ризик соціальної ізоляції.

Перспективи подальших досліджень полягають у визначенні оптимальної інтенсивності, тривалості та структури реабілітаційних програм, а також у проведенні довготривалих спостережень для оцінки віддалених ефектів втручання. Особливої уваги потребує питання впливу персоналізованої реабілітації на уповільнення когнітивного спаду та на взаємозв'язок між рівнем фізичної активності та прогресуванням інтелектуально-мнестичних порушень.

Література

1. Горошко В. І. Діагностика когнітивних змін за допомогою сучасних SMART-засобів. *Збірник матеріалів II Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції «Місце і роль фізичної терапії у сучасній системі охорони здоров'я»*. Чернівці. 2023. С. 26–29.
2. Беспалова О. О., Лянной М. О., Литвиненко В. А., Бугасенко Т. В., Терещенко Т. О. Фізична терапія та ерготерапія для осіб похилого віку із хворобою Альцгеймера. *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія*. 2020. № 2. С. 100–105.
3. Росолянка Н. Клінічні тести для визначення стану рівноваги та координації в осіб із неврологічним дефіцитом. *Фізична активність, здоров'я і спорт*. 2018. № 1(31). С. 37–44.
4. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та паліативної медичної допомоги «Деменція». Київ. 2016. 65 с.
5. Лавринюк В. С., Андрійчук О. Я., Пікалюк В. С., Грейда Н. Б., Андрійчук Я. І. Фізична активність у первинній профілактиці кардіологічних захворювань та окремих факторів серцево-судинного ризику з позицій доказової медицини. *Rehabilitation and Recreation*. 2023. № 17. С. 92–101. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2023.17.10>
6. Дедюхіна О., Білянський О. Особливості деменції в осіб похилого віку та застосування фізичної реабілітації. *Спортивна наука України*. 2015. № 3 (67). С. 9–14.
7. Чорей Д. В., Романів О. П., Надь Б. Я. Особливості проведення реабілітаційних заходів для пацієнтів з хворобою Альцгеймера. *Здоров'я нації*. 2018. № 3/1 (51). С. 62–64.
8. Траверсе Г. М., Горошко В. І., Мизгіна Т. І. Механізми покращення пам'яті та когнітивних функцій осіб похилого віку під впливом фізичних вправ. *Rehabilitation and Recreation*. 2023. № 14. С. 121–126. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2023.14.13>
9. Cámara-Calmaestra R., Martínez-Amat A., Aibar-Almazán A., Hita-Contreras F., de Miguel Hernando N., Achalandabaso-Ochoa A. Effectiveness of Physical Exercise on Alzheimer's disease. A Systematic Review. *The journal of prevention of Alzheimer's disease*. 2022. 9(4). С. 601–616. <https://doi.org/10.14283/jpad.2022.57>
10. López-Ortiz S., Valenzuela P. L., Seisdedos M. M., Morales J. S., Vega T., Castillo-García A., Nisticò R., Mercuri N. B., Lista S., Lucia A., Santos-Lozano A. Exercise interventions in Alzheimer's disease: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Ageing Research Reviews*. 2021. 72. С. 101479. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2021.101479>
11. Liu C., Gao S., Li S. The effect of physical exercise intervention on the ability of daily living in patients with Alzheimer's dementia: a meta-analysis. *Frontiers in Aging Neuroscience*. 2024. 16. С. 1391611. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2024.1391611>

References

1. Horoshko, V. I. (2023). Diagnosis of cognitive changes using modern SMART tools. In Proceedings of the II All-Ukrainian Scientific and Practical Internet Conference “The Place and Role of Physical Therapy in the Modern Health Care System” (pp. 26–29). Chernivtsi.
2. Bespalova, O. O., Liannoi, M. O., Lytvynenko, V. A., Buhaienko, T. V., & Tereshchenko, T. O. (2020). Physical therapy and occupational therapy for elderly persons with Alzheimer’s disease. *Sports Medicine, Physical Therapy and Occupational Therapy*, (2), 100–105.
3. Rosolianka, N. (2018). Clinical tests for assessing balance and coordination in individuals with neurological deficits. *Physical Activity, Health and Sports*, 1(31), 37–44.
4. Ministry of Health of Ukraine. (2016). Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized), and palliative medical care “Dementia”. Kyiv.
5. Lavryniuk, V. Ye., Andriichuk, O. Ya., Pikalyuk, V. S., Hreida, N. B., & Andriichuk, Ya. I. (2023). Physical activity in primary prevention of cardiovascular diseases and selected cardiovascular risk factors from the standpoint of evidence-based medicine. *Rehabilitation and Recreation*, (17), 92–101. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2023.17.10>
6. Dediukhina, O., & Bilianskyi, O. (2015). Characteristics of dementia in elderly persons and the application of physical rehabilitation. *Sports Science of Ukraine*, 3(67), 9–14.
7. Chorei, D. V., Romaniv, O. P., & Nad, B. Ya. (2018). Specific features of rehabilitation interventions for patients with Alzheimer’s disease. *Health of the Nation*, 3/1(51), 62–64.
8. Traverse, H. M., Horoshko, V. I., & Myzghina, T. I. (2023). Mechanisms of improvement of memory and cognitive functions in elderly people under the influence of physical exercises. *Rehabilitation and Recreation*, (14), 121–126. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2023.14.13>
9. Cámara-Calmaestra, R., Martínez-Amat, A., Aibar-Almazán, A., Hita-Contreras, F., de Miguel Hernando, N., & Achalandabaso-Ochoa, A. (2022). Effectiveness of physical exercise on Alzheimer’s disease: A systematic review. *The Journal of Prevention of Alzheimer’s Disease*, 9(4), 601–616. <https://doi.org/10.14283/jpad.2022.57>
10. López-Ortiz, S., Valenzuela, P. L., Seiseddos, M. M., Morales, J. S., Vega, T., Castillo-García, A., Nisticò, R., Mercuri, N. B., Lista, S., Lucia, A., & Santos-Lozano, A. (2021). Exercise interventions in Alzheimer’s disease: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Ageing Research Reviews*, 72, Article 101479. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2021.101479>
11. Liu, C., Gao, S., & Li, S. (2024). The effect of physical exercise intervention on activities of daily living in patients with Alzheimer’s dementia: A meta-analysis. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 16, Article 1391611. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2024.1391611>

Abstract

PERSONALIZED APPROACHES IN PHYSICAL THERAPY AND OCCUPATIONAL THERAPY FOR PATIENTS WITH DEMENTIA: EXPERIENCE AND OUTCOMES

ANDRIICHUK Olha, HREIDA Nataliia, KLIMCHUK Yuliia

Lesya Ukrainka Volyn National University

Dementia, particularly Alzheimer's disease, is a growing public health concern worldwide due to the aging population and the lack of curative treatments. The purpose of this study was to analyze existing approaches to the rehabilitation of elderly patients with dementia, evaluating the effectiveness of personalized physical therapy and occupational therapy programs.

A total of 20 participants aged 60–86 years (mean age 72.75 ± 7.1) diagnosed with Alzheimer's disease were involved in the study. Individual rehabilitation assessments included mobility and self-care tests (6-Minute Walk Test, Barthel Index), fall risk evaluations (Timed Up and Go Test, Four-Stage Balance Test), and assessments of strength and functional performance (5 Times Sit-to-Stand Test). Personalized rehabilitation programs were developed based on these assessments, incorporating physical exercises, occupational therapy activities, and family involvement to ensure safety and adherence.

Following the rehabilitation program, improvements were observed in patients' mobility, functional independence, and risk of falls. The 6-Minute Walk Test showed a mean distance increase from 238.1 ± 111.3 m to 264.4 ± 126.6 m. Barthel Index scores improved significantly from 46.75 ± 25.71 to 57.5 ± 26.13 (p < 0.001). Timed Up and Go and balance tests demonstrated reduced fall risk, while the 5 Times Sit-to-Stand Test reflected enhanced lower limb strength and functional capacity. The study highlights the importance of integrating personalized physical therapy and occupational therapy programs to enhance both cognitive and functional outcomes in elderly patients with Alzheimer's disease.

The implementation of structured, individualized rehabilitation programs combining physical and occupational therapy positively affects mobility, independence in daily activities, fall risk, and overall psycho-emotional well-being in elderly patients with dementia. Family involvement is a crucial component of rehabilitation success. Future research should focus on optimizing program duration, intensity, and long-term effects on patients' quality of life.

Keywords: physical therapy, occupational therapy, personalized rehabilitation, mobility, fall risk, functional activity, psychosocial support, elderly patients, dementia.

Стаття надійшла до редакції 04.04.2025 р.