**Наталя Дражевська, Оксана Ковальчук, Оксана Горна**

**(Запоріжжя, Україна)**

**СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ГОСТРИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ**

Програма реабілітаційних заходів повинна визначатися рівнем наслідків. Частими наслідками ГПМК, які ведуть до інвалідизації, є порушення сенсо-моторної функції, що обумовлюється нездатністю пацієнта виконувати ціле-направлені рухи. Основною ціллю реабілітації є відновлення рухів [1].

І наразі стає актуальним питання в тому, щоб не тільки врятувати життя людині, і частково відновити чи компенсувати рухові здібності, які були втрачені в результаті гострого порушення мозкового кровообігу, а і повернути людину до передінсультного життя [5]. Тобто ставити довготермінові цілі реабілітації не тільки на рівні діяльності таких, як: навчити ходити без сторонньої допомоги, користуватися засобами особистої гігієни, самостійно обслуговуватися на кухні, і навіть необхідний мінімум рухових навичок для приготування їжі, а і ставити цілі на рівні участі. Довготермінові цілі або цілі на рівні участі повинні бути узгоджені з пацієнтом та його сім'єю. Цілі на рівні участі визначають кінцеву точку терапії. При досягненні довготермінових цілей пацієнт завершує терапію.

Але, як показує практика, пацієнти дуже рідко відновлюють свої втрачені рухові функції у ранньому відновному періоді, зазвичай активний процес реабілітації триває у пізньому відновному періоді - періоді компенсації і функціонального пристосування до навколишнього середовища та соціально-побутових умов. Особливо це проявляється у випадку, коли пацієнт має несприятливі прогностичні фактори, до яких належить локалізація вогнища ураження у функціонально значимих зонах. У таких випадках продовження реабілітаційного процесу буде тривати декілька років [4].

Наразі в Україні поки що не визначено, за допомогою якої методики у пізньому відновному періоді можна якісно покращити життя пацієнта. В більшості випадків реабілітація для таких осіб проходить у санаторно - курортних закладах та у відділеннях реабілітації у державних лікарнях [6].

Саме через те є необхідним проведення комплексу реабілітаційних заходів у пізньому відновному періоді, а також пошук альтернативних методик фізичної терапії, які допоможуть повернутися до попереднього рівня працездатності та функціонування.

Отже, щоб визначити, яка методика буде справді ефективна на пізньому відновному етапі реабілітації, потрібно спочатку визначити, які є основні залишкові явища та дефекти у хворих, що перенесли ГПМК. В більшості випадків такими є: спастичні паралічі, повна або часткова втрата селективного контролю руху, втрата постуральногоконтролю, сенсорні розлади, порушення мови та інших вищих кіркових функцій, екстрапірамідні та мозочкові розлади, порушення статики, контрактури та інші дефекти опорно-рухового апарату. Тобто визначити, які проблеми залишились на рівні функції і структур.

На другому етапі визначення ефективності програми реабілітації потрібно виявити, які проблеми виникли під час виконання особою різних рухових завдань або дій. Частіше за все такими завданнями є виконання різної побутової діяльності, необхідної для самостійного обслуговування у межах місця проживання. У більшості країн світу рівень діяльності пацієнта визначають по індексу Бартелл[4].

Третім критерієм для пошуку ефективної методики є визначення проблем у пацієнта, що переніс інсульт, на рівні обмеження участі. Це проблеми, які особа може мати при участі у життєвих ситуаціях, таких як робота, на якій людина працювала до інсульту, активне соціальне життя, участь у спортивних заходах, активний відпочинок, хобі. Для досягнення ефективної реабілітації на сьогоднішній день використовують Міжнародну класифікацію функціонування.

Міжнародна класифікація функціонування (МКФ) є корисною схемою для систематичної оцінки та аналізу на всіх рівнях функціонування людини та є одним з актуальних інструментів, запропонованих Всесвітньою організацією охорони здоров’я для розробки державної політики в сфері реабілітації; для економічного аналізу здоров'я, захворюваності та інвалідності населення для статистичного аналізу; при проведенні медико - соціальної експертизи; як дослідницький інструмент та інше. Вона являє собою багатоцільову класифікацію, в якій визначено стандартну мову і рамки для опису здоров'я і пов'язаних з ним станів [4,6].

Відповідно до філософії Міжнародної класифікації функціонування кожна людина може відчути погіршення стану здоров'я, відзначаючи при цьому будь-яке обмеження життєдіяльності. Таким чином, відповідно до класифікації, фізичний і психологічний стан будь-якої людини може бути проаналізовано за загальною шкалою - шкалою здоров'я і обмежень життєдіяльності з акцентом на ступінь здоров'я. Функціонування розглядається тут як інтегративний показник здоров'я людини на рівні організму (стан його структури і функцій), на рівні адаптивної поведінки (активності) і участі в соціальних ситуаціях при врахуванні впливу контексту (факторів зовнішнього середовища і особистісних факторів).

Реабілітаційні втручання можуть безпосередньо змінювати деякі елементи МКФ і таким чином змінювати загальний стан конкретної людини.

При формуванні індивідуальних цілей для пацієнтів впродовж проходження програми фізичної терапії та завдань враховується методика SMART для підвищення результативності програми реабілітації та покращення процесу реабілітації з позиції управління [2].

SMART - це абревіатура, утворена першими літерами англійських слів

* + specific- конкретний;
  + measurable(інколи motivational, manageable) - може бути вимірена (чи її результат);
  + attainable (agreed, attainable, assignable, appropriate, actionable, achievable, acceptable, ambitious, agreedupon, action-oriented) - досяжна;
  + relevant (realistic, results, results-focused/ results-oriented, resourced) - відповідна до контексту, значима, обґрунтована, відповідає можливостям виконавця і забезпеченості ресурсами;
  + time-bounded, timed- співвідноситься з конкретним терміном [2].

Саме слово «smart» в перекладі на українську означає «розумний». Таким чином, правильна постановка мети означає, що мета є конкретною, вимірною, досяжною, значущою і співвідноситься з конкретним терміном. Тільки тоді, коли мета відповідає всім вимогам SMART, вона починає працювати як інструмент управління [2].

У загальному вигляді мета - предмет прагнення, те, що треба, бажано здійснити, ідеальне, уявне передбачення результату діяльності.

У концепції «управління за цілями» (англ. «managementbyobjectives») для досягнення ефективності при постановці мета перевіряється за критеріями акроніма SMART:

- specific - цілі мають бути об означені у вигляді конкретних результатів, мета «негайно натискати кнопку» не є чіткою, альтернативою буде «натискати на кнопку протягом 1 секунди»;

- measurable- мета повинна мати на увазі, або обмовляти можливість і необхідність вимірювання / перевірки результату у конкретних показниках;

- achievable- мета має бути здійсненною, реалістичною для конкретного виконавця;

- relevant- досягнення мети повинно бути забезпечено ресурсами, а також цілі не повинні конфліктувати одна з одною та бути такими, що виключають одна одну;

- time-bounded - обмежена в часі. Немає часу - немає мети (є мрії)[2].

Постановка мети повинна бути чіткою. Ціль необхідно сформулювати таким чином, щоб пацієнти не могли інтерпретувати її по-своєму.

У наукових джерелах згадується про придуманий спосіб, за допомогою якого можна зробити цілі ще «розумнішими» (SMARTER). Традиційний SMART доповнений двома новими критеріями, що дозволяє підвищити ймовірність досягнення мети, а саме:

- Evaluated- кожному етапу в досягненні мети повинна даватися оцінка, тобто налагодити зворотний зв'язок;

- Reviewed- мета повинна періодично переглядатися й корегуватися на підставі змін, що відбуваються (стосовно реабілітації - зміна технологій операції, хід відновного процесу, зміна умов занять та інші непередбачувані обставини).

У сфері фізичної реабілітації, «конкретна» мета повинна бути сформована ясно, виразно і так, щоб не допускати різних інтерпретацій учасниками і особливо пацієнтом під час процесу реабілітації. «Конкретна» мета забезпечує свою індивідуальність.

Враховуючи абсолютну непередбачуваність патогенезу гострих порушень мозкового кровообігу, різноманітні залишкові явища, ступінь рухового дефіциту, супутні соматичні захворювання, дефекти опорно - рухового апарату, когнітивні розлади, сенсорні порушення та зміни в психоемоційному стані, ефективним методом реабілітації буде метод функціонального тренування. Адже функціональне тренування допомагає поліпшити здатність людини здійснювати дії за різних обставин в повсякденному житті. Функціональні тренування часто визначають як діяльність, навчаючу рухам. При цьому виді фізичного навантаження відбувається тренування всіх м’язів, які допомагають здійснювати рухи, необхідні в звичайному житті. Залежно від призначення, такі рухи варіюють за ступенем складності. Пацієнт, який у своїй підготовці використовує функціональний тренінг, здатний швидше інших навчитися новим навичкам або вдосконалити вже збережені чи відновлені старі. Суть функціонального тренінгу полягає у відпрацюванні рухів, необхідних людині в повсякденному житті, а також фізичних якостей, таких як кардіореспіраторна працездатність та витривалість, сила, гнучкість, потужність, координація, спритність, рівновага і точність.

Відомий факт, що захворюваність на інсульт збільшилась саме у осіб працездатного віку, в яких основною проблемою на рівні участі залишається нездатність повернутися до попереднього місця роботи. І перешкодою до цього є, навіть те, що вони можуть виконувати свою роботу, але не здатні самостійно доїхати до свого місця роботи [4]. При наявному грубому неврологічному дефіциті на тлі будь-якого інсульту не завжди є можливість повного відновлення людини, що визначається некрозом тих важливих скупчень нейронів мозку, функції яких на себе не здатні взяти сусідні здорові клітини. Особливо часто це проявляється при глибоких паралічах верхньої кінцівки. Згідно зі статистичними даними з різних джерел, близько 30% хворих, що перенесли інсульт мають втрату функціонування верхньої кінцівки. Саме через порушений постуральний контроль, який проявляється у більшості хворих, людина не здатна утримувати рівновагу у місцях з неідеальним покриттям, а це особливо проявляється на вулиці. Вона змушена використовувати додаткові засоби для пересування, де вона повинна задіювати свою єдину збережену кінцівку, чим лишає себе змоги брати з собою якісь необхідні речі [6].

Також слід звернути увагу, що через порушений постуральний контроль пацієнт змушений використовувати у побуті милицю, чи інший засіб для пересування через високий ризик падіння. Тим самим знову таки унеможливлює або значно погіршує свою незалежність від сторонньої допомоги, що впливає на якість життя. Але, крім втрачених постуральних реакцій у пацієнтів після інсульту, часто спостерігається зниження витривалості, яке значно впливає на селективний контроль руху та постуральний контроль і є частою причиною падіння пацієнтів, що може спричинити травму і унеможливити подальше відновлення. Знижена витривалість неодмінно призведе до втрати концентрації при ходьбі, що у свою чергу може закінчитись падінням з серйозними фізичними та психологічними наслідками. Збільшення витривалості при ходьби пов’язане з підвищенням здатності пацієнта здійснювати життєві задачі та активності. Відстані, що дозволяють пересуватися у громаді, можуть мати істотні функціональні впливи на життя пацієнтів [4, 6].

Морфофункціональним підґрунтям відновлення втрачених функцій внаслідок гострого порушення мозкового кровообігу може бути реалізація механізмів постурального контролю шляхом функціональної реорганізації ЦНС у разі застосування спеціалізованих стимуляційних і тренувальних методик різних модальностей, спрямованих на відновлення постурального контролю.

Не менш важливим у методиці функціонального тренування є збільшення сили та кардіореспіраторне тренування для покращення моторних навичок. Базовий принцип збільшення сили полягає в тому, що м'язи мають бути навантажені, щоб стати сильнішими. Навантаження повинно переглядатися по мірі збільшення сили, але слід зауважити, що лише збільшення м’язів не буде покращувати функцію. Для покращення функції спочатку треба зміцнити силу у м'язах, а потім нову здобуту силу задіяти у функціональній діяльності [1].

Як і вправи для поліпшення сили та для поліпшення кардіореспіраторної витривалості, потрібно використовувати навантаження. Частота серцевих скорочень є простим і надійним засобом оцінки здійснюваної роботи серцево-судинної системи. Чим вище є частота серцевих скорочень тим більше тренується серце, що призводить до покращення аеробної і кардіореспіраторної тренованості. Також при тренуванні кардіореспіраторної витривалості у методиці функціонального тренування важливо враховувати показники артеріального тиску. Особливо це стосується пацієнтів з неконтрольованою артеріальною гіпертензією. Підвищення діастолічного тиску під час фізичного навантаження є показником артеріальної гіпертензії. Небажано займатися з пацієнтом, якщо у нього діастолічний тиск є 90 мм рт. ст. або припинити заняття, якщо він збільшився до 100 мм. рт. ст. Також в цій методиці ефективно використовувати шкалу сприйняття навантаження Борга. Цей тест оцінює самосприйняття пацієнтом рівня втоми та рівня задишки.

**Література:**

1. Богдановська Н.В. Фізична реабілітація хворих різних нозологічних груп : навч. посіб. для студ. ф-ту фіз. вих-ня спец. "Фізична реабілітація" реком. МОНУ / Н. В. Богдановська, І. В. Кальонова. - Запоріжжя : ЗНУ, 2011. - 314 с.

2.Hertsyk A. SMART goalsettinginphysicaltherapy. Фізичне виховання, спорт і культура здоров’я у сучасному суспільстві: збірник наукових праць. 2016; 2 (34): 57-63.

3.Ковальчук О.В., Непша О.В. [Адаптивна фізична культура як фактор соціалізаціїосіб з обмеженимиможливостямиздоров’я](http://eprints.mdpu.org.ua/1659/). *Соціальні та екологічнітехнології: актуальніпроблемитеорії та практики*: матеріали Х міжнар. інтернет-конф.(Мелітополь, 24-26 січня, 2018 року). ТОВ «КолорПринт», Мелітополь, 2017. С. 49-50.

4.Інсульти: тактика, стратегія ведення, профілактика, реабілітація та прогноз.-Монография.-Київ.-2010.- 320 с.

5.Медицина невідкладних станів. Екстрена (швидка) медична допомога: підручник / I.С. Зозуля, А.О. Волосовець, О.Г. Шекера та ін. — 5-е видання, К. ВСВ «Медицина», - 2023.- 560 с. ISBN: 978-617-505-917-3

6.Мухін В. М. Фізична реабілітація : [підручник] / В. М. Мухін. - Київ : Олімпійська література, 2010. - 486 с.