**РОЗДІЛ 1**

**ІНСУЛЬТ І ЙОГО ВПЛИВ НА ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ФІЗИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ЛЮДИНИ**

* 1. **Інсульт, його основні поняття**

Даний розділ присвячений вивченню проблеми здоров'я і благополуччя населення з медико-соціальної точки зору. Захворювання серцево-судинної системи носять не тільки медичні, а й соціальні аспекти проблеми суспільства. У зв'язку з чим можна робити висновок, що на вирішення проблеми має впливати не стільки охорони здоров'я, скільки суспільство, сім'я і близьке оточення. На початку 21 століття захворювання серцево-судинної системи є основною причиною смертності працездатного населення, дане захворювання забирає 17 мільйонів пацієнтів щорічно по всьому світу [6]

У зв'язку з цим слід в самій загальній формі визначитися в питаннях термінології гострих цереброваскулярних захворювань. Гостре порушення мозкового кровообігу – ГПМК) - найважче ускладнення артеріальної гіпертонії (АГ), яке за часом збереження об'єктивної і суб'єктивної неврологічної симптоматики поділяють на минущі порушення мозкового кровообігу (МПМК), транзиторні ішемічні атаки (ТІА), інсульти [8].

Транзиторні ішемічні атаки-МПМК з осередкової симптоматикою, що розвиваються внаслідок короткочасної локальної ішемії мозку. ТІА є незалежним попередником інсульту та інфаркту міокарда. Слід мати на увазі, що тривалість клінічних проявів ТІА в більшості випадків не перевищує 10 – 15 хв, а не рідко триває лише 2 - 3 хв, потім неврологічна симптоматика повністю зникає. Тому клієнти, які перенесли ТІА, далеко не завжди оцінюють їх належним чином і часто не звертаються за медичною допомогою. Патогенетичні механізми розвитку ТІА та інсульту подібні, як і основні принципи їх профілактики.

Малий інсульт (оборотний неврологічний дефіцит) – клінічний неврологічний синдром, що розвивається внаслідок гострого порушення церебральної циркуляції, при якому порушені функції відновлюються протягом перших 3 тижнів захворювання [8]. Інсульт-клінічний синдром, представлений вогнищевими неврологічними і / або загальномозковими порушеннями, що розвиваються раптово в слідстві ГПМК, що зберігається не менше 24 годин або закінчується смертю хворого в ці або більш ранні терміни. До інсультів в клінічній практиці відносять інфаркти мозку (ішемічні інсульти), крововиливи в мозок (геморагічні інсульти) і субарахноїдальні крововиливи.

Клінічна картина інфаркту мозку:

* Попередні ТІА.
* Виявлений раніше атеросклероз різної локалізації (аорта, коронарні, периферичні артерії).
* Патологія серця (порушення ритму серця, перш за все миготлива аритмія, ревматизм, інфекційний ендокардит та ін.).
* Розвиток під час сну, після прийому гарячої ванни, фізичного стомлення, а також на тлі миготливої аритмії, гострого інфаркту міокарда, крововтрати.
* Гостре або поступовий розвиток неврологічної симптоматики, в ряді випадків її «мерехтіння», тобто наростання, зменшення і знову наростання клінічних симптомів.
* Превалювання неврологічної осередкової симптоматики над загальномозковою симптоматикою [8].

Клініка інсульту залежить від його локалізації (ліва або права півкуля, стовбур мозку). Основні клінічні критерії інсульту в лівому (домінантному) півкулі:

* порушення мови (афазія);
* правобічний геміпарез (геміплегія);
* правобічна гемігіпестезія (геміанестезія);
* дефект правих полів зору;
* парез погляду вправо;
* дизартрія;
* порушення письма (аграфія);
* порушення рахунку (акалькулія) [47].

Основні критерії інсульту в правій (субдомінантній) півкулі:

* ігнорування лівого зорового поля;
* лівосторонній геміпарез;
* лівостороння гемігіпестезія;
* дефект лівих полів зору;
* порушення просторової орієнтації.

Основні клінічні критерії інсульту на рівні стовбура головного мозку і мозочка:

* рухові та / або чутливі порушення (тетра або геміпарези);
* альтернирующие синдроми;
* порушення рівноваги (статична та / або динамічна атаксія);
* дизартрія;
* ністагм;
* амнезія;
* порушення ковтання (афазія), порушення фонації (афонія);
* білатеральні дефекти полів зору [47].

Ішемічний інсульт-захворювання центральної нервової системи, що вимагає негайної госпіталізації протягом перших 3 – 6 годин. В спеціалізовані стаціонари (судинні, неврологічні, нейрохірургічні), а також стаціонари загального профілю з наявністю відділень інтенсивної терапії [51].

Існують певні фактори, що сприяють більшому розвитку інсульту.

Для ішемічного інсульту (мал.2):

1. Літній і старечий вік ( 80 і більше років);

2. Чоловіча стать;

3. Артеріальна гіпертонія;

4. Велике вживання кухонної солі;

5. ТІА (транзиторна ішемічна атака);

6. Ожиріння, слабка фізична активність;

7. ІХС (ішемічна хвороба серця);

8. Гіперхолестеринемія;

9. Порушення серцевого ритму;

10. Серцева недостатність;

11. Атеросклероз артерій, що забезпечують кровопостачання мозку;

12. Куріння;

13. Вживання алкоголю;

14. Сімейна схильність (ГПМК у родичів);

15. Часте переохолодження.

Для геморагічного інсульту (рис. 1.1):

1. Змінені структури судин, що забезпечують мозок кров'ю;

2. Артеріальна гіпертензія;

3. Тривале застосування антиагрегантів, тромболітиків, антикоагулянтів, тому що вони сприяють зміні системи згортання;

4. Зловживання алкоголем;

5. Прийом наркотиків;

6. Пухлини мозку [16].

Субарахноїдальний крововилив виникає при розриві аневризми судин головного мозку. Для нього характерні:

* Різкий головний біль "удар в потилицю".
* Блювота.
* Епілептиформні напади.
* Моторне занепокоєння.
* Затьмарення свідомості, оглушений стан [16].

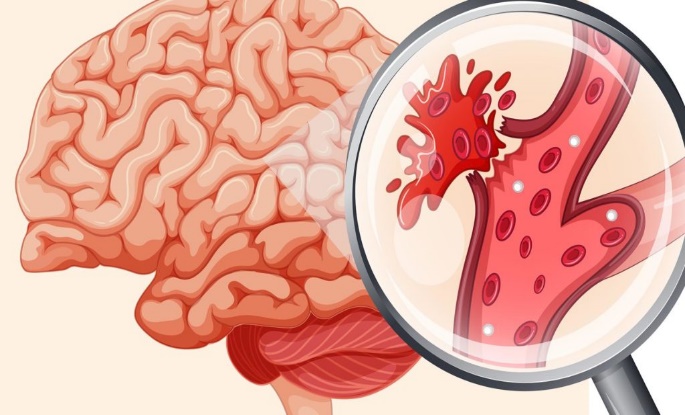
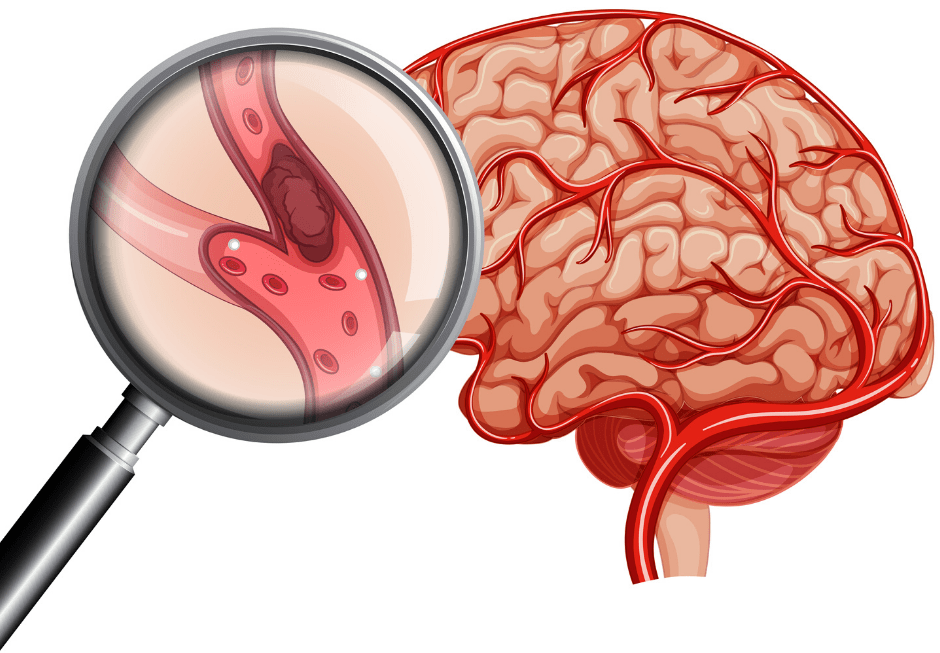
 

Рис.1.1-1.2

Різницю між інсультами показано в табл. 1.1.

Таблиця 1.1

|  |  |
| --- | --- |
| **Геморагічний інсульт** | **Ішемічний інсульт** |
| Розвиток інсульту можуть супроводжувати емоційні переживання або фізичне перенапруження. | Провокуючими моментами є емоційне напруження, стомлення, інфекційне захворювання. |
| Крововилив в мозок відбувається в результаті розриву артерії при коливанні артеріального тиску або функціонального стану судин. | Виникає в літньому віці в результаті закупорки (тромби або емболом) або різкого звуження атеросклеротично змінених судин головного мозку. |
| Раптова втрата свідомості. | Розвивається захворювання поступово, свідомість збережено. |
| Гіперемія (почервоніння) обличчя. | Відзначаються головні болі, запаморочення, загальна слабкість, блідість шкірних покривів. |
| Поява поту на лобі. | Перехідне оніміння в руці або нозі. |
| Посилення пульсації судин на шиї. | Нездужання наростає, протягом декількох хвилин, години, іноді дня. |
| Сильний головний біль. | Якщо ішемічний процес розвивається вночі, то пацієнт вранці відчуває , що не може встати, рука і ноги не рухаються. |
| Блювота. | Якщо порушення розвивається в правих кінцівках, то у пацієнта порушується мова. |
| Підвищений артеріальний тиск. | Порушення зору і розлад ковтання. |
| Тахікардія(прискорене серцебиття) |
| Можливі порушення дихання (гучне, клекотливе, хрипке дихання). |
| Підвищення температури до 37-39 с. |
| Параліч кінцівок з одного боку (наприклад, опущений кут рота, поворот голови і очей в бік паралічу). |
| Порушення мови. |
| Іноді затримка сечі або мимовільне сечовипускання. |

Другим за поширеністю постінсультних порушень є мовні розлади. До кінця гострого інсульту у людей спостерігається афазія і дизартрія. Афазія зазвичай супроводжується порушенням письма (аграфія), читання (Алексія), а часто і рахунку (акалькулія). Основним методом реабілітації хворих з мовними порушеннями є психолого-корекційні заняття, що проводяться або логопедом, або, що зустрічається рідше, нейропсихологом. Хоча найбільш інтенсивне відновлення мови відбувається в перші 3-6 міс, більшість дослідників вважає, що воно може тривати до 2-3 років. Заняття з відновлення мови проводяться на тлі нейротрофической терапії [49].

Центральний постінсультний больовий синдром найбільш часто виникає при ураженні таламуса. Болі в протилежних вогнища ураження частини тіла, обличчя, кінцівках можуть розвиватися не відразу, а через кілька місяців після інсульту, нерідко на тлі регресу рухових і чутливого дефіциту. У всіх хворих спостерігається виражений астено-депресивний синдром зі значними коливаннями настрою. Часто спостерігається тенденція до наростання інтенсивності болю протягом місяців і навіть років. Найкращий ефект дає комбінація антидепресантів (переважно амітриптилін), карбамазепіну (тегретол, Фінлепсин) і фізіопроцедур, спрямованих на активацію ноцицептивної системи (транскраніальна Електростимуляція). Більшість методів, що застосовуються в реабілітації (кінезотерапія, фізіотерапія), досить навантажувальні для хворих.

Цим і пояснюються існуючі протипоказання до проведення рухової реабілітації, до яких відносяться:

* ІХС з частими нападами;
* серцева недостатність II-III ступеня;
* висока і погано корригируемая артеріальна гіпертонія;
* хронічні легеневі захворювання: бронхіальна астма з частими нападами,
* обструктивний бронхіт;
* Рак;
* гострі запальні захворювання.

Обмежує проведення рухової реабілітації наявність у хворих важких артритів і артрозів, ампутованих кінцівок, тазових порушень. Психози, виражені когнітивні порушення (стадія деменції) є протипоказанням як для рухової, так і для мовної реабілітації. Обов'язковою складовою частиною реабілітації є профілактика повторних інсультів. Різко підвищується ймовірний розвиток повторного інсульту у тих хворих, у яких є один і особливо кілька факторів ризику.

До курабельних факторів ризику розвитку інсульту відносяться:

* артеріальна гіпертонія;
* гіперхолестеринемія та інші порушення ліпідного обміну;
* деякі захворювання серця (особливо супроводжуються порушенням серцевого ритму);
* куріння;
* цукровий діабет;
* ожиріння;
* недостатня фізична активність;
* зловживання алкоголем.[49]

Знаючи механізми розвитку першого інсульту, ми можемо більш цілеспрямовано проводити профілактику повторних порушень мозкового кровообігу.

* 1. **Соціально-психологічний портрет хворих, які перенесли інсульт**

Після перенесеного інсульту людина буде істотно відрізнятися від інших здорових жителів. У нього змінитися поведінка, реакції, в тому числі і емоційні, відбудуться фізичні зміни організму. Найбільше постраждають емоційні реакції хворого, особливо в перші тижні, місяці. Найчастіше хворі стають запальними, плаксивими, або ж навпаки відчувають апатію, байдуже ставлення до всього. Більшість з них можуть годинами лежати в ліжку, нічого не роблячи. Хворі безпорадні. Їх складно змусити займатися лікувальною гімнастикою, і це зовсім не лінь, як вважають багато їхніх родичів. Справа полягає в ураженні певних областей головного мозку. При ураженнях правої півкулі мозку у хворого виникає порушення рухів в лівій руці і нозі і зниження психічної активності. Такого пацієнта необхідно активно спонукати до рухової активності, виробити потребу до самообслуговування [7].

Не варто забувати, що крім фізичних змін організму хворі, які перенесли інсульт переживають внутрішні страждання:

* відчуває біль з зв'язку зі зміною звичного способу життя;
* відчуває незручність за свій стан безпорадності;
* відчуває страх залишитися тягарем для рідних і близьких;
* боїться залишитися інвалідом;
* відчуває тугу і смуток від нерухомості та ізоляції від суспільства.

Більшість пацієнтів вкрай важко переживають свою безпорадність і залежність від інших. Особливо сильно це виражено у людей з сильним вольовим характером, які до настання хвороби не залежали ні від кого, приймали рішення самостійно і відповідали за своє життя. Тепер таким людям доводиться бути під опікою своїх рідних і близьких. Як правило, дані переживання призводять хворих до депресії. Початкова стадія депресії виражається в дратівливості хворого. Такі хворі не вірять в успішний результат хвороби, не виконують елементарні вправи, навіть не хочуть спілкуватися з близькими. Даний стан, як депресія, є великою загрозою для одужання пацієнта. Тому що людина після інсульту, що страждає депресією не бажає здійснювати зусилля для одужання. В першу чергу у людей, які перенесли інсульт виникає відчуття втрати. Це втрата свого здоров'я. Даний стан хворі переживають вкрай важко, адже їм необхідно заново вчитися і здобувати навички самообслуговування. Крім цього люди відчувають страх смерті. Людина, одного разу пережив інсульт буде довгий час боятися повторного стану. Страх смерті безпосередньо пов'язаний зі страхом майбутнього. Такі люди побоюються, що можуть залишитися безсилими на все життя, переживають, що стануть тягарем для своєї сім'ї. У зв'язку з цим хворому обов'язково необхідна допомогти психолога. Проблеми психологічного характеру зустрічаються практично у всіх хворих після ГПМК. [18] Тепер ці хворі чутливі і дратівливі. Страждає пам'ять, увага, хворі розсіяні. Після перенесеного інсульту у хворих зникають мрії, плани, вони не бачать сенсу свого існування. У більшості випадків люди боятися залишитися інвалідами, а від цього з'являється злість на свою безпорадність і залежність від інших.

Інсульт викликає у людей почуття неспроможності, розчарування в собі. Людина відчуває розгубленість і сум'яття. Саме в цей період, в період з втратою стабільності, людині кидається виклик, що змушує його переоцінити і переосмислити своє життя. Таке захворювання, як інсульт приносить втрати не тільки здоров'ю, але і професійній сфері, соціуму, статусу в сім'ї. Тепер глава сім'ї стає безпорадною людиною, що вимагає постійного догляду. Найчастіше людина не може повернутися до своєї професії. Процес відновлення після ГПМК проходить повільно, особливо при пошкодженнях головного мозку. Перший час після інсульту хворий дезадаптований, не може зрозуміти що сталося. Але він розуміє що сталося щось серйозне і погане. Людину лякає, що мова і тіло не слухаються його. Практично у всіх хворих, які перенесли інсульт наступають такі дні, коли один день схожий на інший. І це тривати місяці, і навіть роки. Важливим етапом для людини після інсульту є переосмислення свого життя, звернення до своїх вірувань. [10] Хворий намагається визначити ступінь своєї провини в тому, що він захворів. Деякі намагаються повернутися до професійної діяльності після відновленої мови і рухів. Але відсоток успішного повернення до праці низький. Через деякий час люди, які перенесли інсульт, все ж намагаються зайнятися звичними справами. Несподівано вони згадують, що це неможливо, тепер цього в їхньому житті немає, і, можливо, ніколи не буде. Тоді охоплює біль, образа за своє життя, долю. Зважаючи на це важливим є зустрічі з друзями, колишніми колегами або знайомими. Для людини, який переніс ГПМК, головним є почати займатися справою, яке буде йому під силу. Він буде відчувати свою приналежність, задоволеність. Все це-стимул до одужання. [15] Однак, є деяка кількість людей, які після інсульту не опускають руки, а вчаться насолоджуватися життям по - справжньому. Вони подругому оцінюють життя. Для них життя – не нескінченна, тому її необхідно цінувати і наповнювати фарбами. Для кожного з них необхідно створити щось красиве самим і ділитися цим з іншими, особливо це стосується людей з фізичними обмеженнями.

Хворий після інсульту може прискорити своє одужання, для цього лише необхідно зрозуміти, що життя не закінчується. Необхідно прагнути до одужання і мати бажання жити. Тільки при таких умовах з'являється ентузіазм, люди починають виконувати всі належні їм вправи.

Після інсульту хворий відчуває себе безпорадним, самотнім, марним, соромиться своєї інвалідності, як у фізичному, так і в соціальному плані. Без підтримки сім'ї і близьких хворому не обійтися. Під підтримкою, в першу чергу, мається на увазі віра в людину, терпляче і доброзичливе ставлення до нього, спілкування на рівних, і обов'язкове включення хворого в посильну домашню роботу. Зніжена турбота рідних, що попереджає кожен крок хворого, шкідлива, вона робить людину ще більш безпорадним. Але і повна відсутність уваги з боку родичів теж неприпустимо. Тобто найважливішим завданням з боку рідних є ставитися до людини, яка перенесла інсульт, не як до хворого, а як до здорової людини, з тимчасовими труднощами в стані здоров'я. [63]

Найважливішим є спілкування з «друзями по нещастю»- людьми, які перенесли ГПМК. Так як бачачи досягнення інших, можна по-іншому почати дивитися на свою ситуацію. Тільки з такими ж людьми, як він сам, людина відчуває себе зрозумілим. Саме поради "друзів по нещастю" будуть цінними і вагомими, тому що тільки той, хто пройшов цей же шлях, може зрозуміти наскільки важко і нелегко дається шлях до одужання. Крім цього, допомагаючи один одному, люди відчувають себе потрібними і корисними для когось. Люди, які перенесли інсульт, спілкуючись між собою, можуть поділитися такими особистими переживаннями, якими не можуть поділитися навіть з найближчими родичами, тому що розуміють, що співрозмовник зрозуміє їх як ніхто інший. Друзі по нещастю допомагають один одному, підтримують в хвилини відчаю. [75]

Хворі, які перенесли інсульт, починають цінувати в собі такі якості, як стриманість, терплячість, працьовитість і сила волі. Ці якості допомагають їм у складній щоденній роботі по тривалому відновленню після захворювання. Для ефективного відновлення після інсульту необхідно роками щодня робити спеціальні фізичні вправи і займатися промовою.

Крім усього наші хворі починають цінувати риси характеру, які відновилися у нього. На їхню думку, гуманні властивості людини змінюються після хвороби. Наприклад, доброзичливість, милосердя, співчуття, на їхню думку раніше були більше поверхневими, пов'язані з почуттям жалості. Але тепер, милосердя-внутрішній стан, з відчуттям болю людини. Здоров'я стає найголовнішою життєвою цінністю.

Після такого важкого захворювання, як інсульт більшість людей починають по-іншому стежити за своїм здоров'ям, відвідують лікарів, виконують всі їхні приписи. Це безумовно важливо, так як ризик повторного ГПМК великий, але у таких відповідальних хворих цей ризик знижується. Інсульт впливає і на сім'ю пацієнта, багато членів сім'ї починають ретельно стежити за своїм здоров'ям, щоб не опинитися на місці свого хворого родича.

Багато пацієнтів, які перенесли інсульт, які успішно проходять курс реабілітації і можуть спілкуватися з оточуючими їх людьми, починають самі шукати все нові шляхи до одужання. Обмінюються між собою новими рецептами корисного харчування, діляться новими комплексами вправ, деякі з них опановують Інтернетом, це дає можливість не тільки спілкування, а й зайнятися улюбленою делом [11].

Для ефективного відновлення після інсульту важливо не впадати у відчай. Ті пацієнти, хто домігся великих успіхів у відновлювальному процесі, знають, що головне - бажання, віра в свої сили, працьовитість і терплячість. Тепер, коли колишній світ хворого перекинувся, у нього з'являється багато вільного часу на сім'ю і друзів. Раніше на близьких і рідних не вистачало часу, так як було безліч соціальних справ, але тепер людина може переоцінити своє ставлення до близьких і проводити з ними більше часу.

Внутрішній світ людини після перенесеного захворювання вкрай важливий. Головне, що цінують люди після інсульту– сила волі, пояснюючи, що це вміння йти вперед, не дивлячись на втому і біль. Тепер дружба сприймається по-іншому, не як даність, а як цінність, тому що деякі люди з життя пацієнтів «до інсульту» зникають. [64]

Людина після інсульту переоцінює багато в своєму житті, виявляє сенс там, де раніше і не помічав, в звичайних речах. Дійсно, після інсульту настає нове життя, життя без зволікань, життя « тут і зараз». Людина дорожить будь-якою можливістю побути з друзями, поговорити про щось сокровенне, побути наодинці з природою і ін.

Здоровим людям слід було б повчитися жити у людей, які перенесли інсульт. Адже безліч людей, не маючи ніяких проблем зі здоров'ям, не цінують того, що мають. Однак, дивлячись на людей після інсульту, починаєш цінувати кожну хвилини свого життя.

Люди після інсульту, це ті люди, які щиро вчаться насолоджуватися життям і спілкуванням. Ці люди інакше дивляться на життя, розуміючи, що життя – не нескінченна, і тому вона повинна бути яскравою і насиченою [75].

**РОЗДІЛ 2**

**ВИДИ РЕАБІТАЦІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ**

* 1. **Психологічна реабілітація**

Інсульт-одна з найбільш важких форм судинних уражень головного мозку. Інсульт нерідко призводить до порушень з боку психічних функцій (зокрема розвиток депресії, когнітивних розладів і ін.), які знаходяться в «тіні» основного (рухового) дефекту, але іноді більшою мірою впливають на якість життя постінсультних хворих. Порушення вищих психічних функцій також роблять істотний вплив на хід відновного лікування і можуть бути серйозною перешкодою в реабілітації осіб, які перенесли мозковий інсульт. Тому стан цих функцій нерідко служить прогностичним критерієм відновлення хворих [4].

Депресія після інсульту розвивається в 40-60% випадків. При цьому хворі з постінсультною депресією у відділенні інтенсивної терапії становлять 25-47%, в той час як у відділенні реабілітації – 35-72% (у міру усвідомлення пацієнтами втрати свого соціального статусу). Однак лише в 10% випадків діагностується постінсультна депресія і призначається відповідна корекція. Тривалість постінсультної депресії варіює в широких межах від 2-3 міс до 1-2 років (в середньому 9 міс).

Одним із серйозних ускладнень після перенесеного інсульту є порушення вищих психічних функцій, вираженість яких залежить як від просторості, так і від локалізації вогнища ураження. Як відзначають А.М. Вейн і співавт., при ураженні лівої півкулі у хворих відзначаються більш виражені порушення психологічних показників у порівнянні з хворими з ураженням правої півкулі [13]. Втож час вони краще, чемпацієнтис правостороннімінсультом, клінічно і психологічно відновлюються незалежно від ступеня вираженості рухового дефекту, розміру вогнища і афатичних порушень. На думку D. B. Hier з співавт., при ураженні правої півкулі відновлення менш виражене і не є повним. У цьому випадку, як зазначають автори [64], переважають порушення різних видів чутливості, анозогнозія, синдром «половини уваги», психічні розлади та депресія.

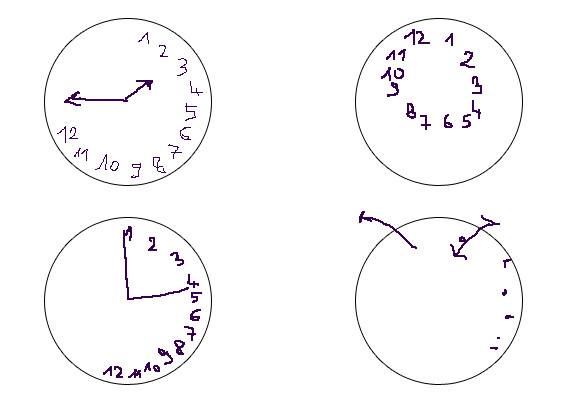
Порушення когнітивних функцій при мозковому інсульті відрізняються великою варіабельністю. Так, за даними В.А. Парфьонова, через 6 місяців після інсульту помірні когнітивні порушення зустрічаються в 62%, а Деменція – в 21% випадків.

Однак, як показали спостереження, не завжди інсульт є причиною розладів когнітивних функцій. Нерідко деменція (найбільш часто альцгеймеровского типу) була до інсульту, а інсульт лише «звернув увагу».

Бесіда з родичами – важлива частина роботи психолога. Психолог в момент виписки пацієнта зі стаціонару виявляє порушення когнітивних функцій за допомогою тесту «5 слів», проби Шульте і тесту «малювання годин», наявність психопатологічних розладів – за допомогою тесту Люшера. Результати виконання тесту» малювання годин " хворими, які перенесли інсульт, показані на мал. 6. Для визначення функціонального статусу хворих в момент виписки зі стаціонару рекомендується використовувати шкалу мобільності Рівермід.

Для визначення функціонального статусу хворих в момент виписки зі стаціонару рекомендується використовувати шкалу мобільності Рівермід [37].

Рис. 2.1



"Концепція психологічної реабілітації хворих з наслідками інсульту грунтується на Положенні про провідну роль особистості хворого в процесі реабілітації, під час якої відбувається перебудова самоотношения і всієї системи відносин особистості хворого (до самого себе, до захворювання і лікування, до мікро - і макросоціуму) в залежності від проблем адаптації, яку супроводжує система психологічних осо.бистісно-орієнтованих впливів на хворого і мікросоціум на кожному етапі психологічної реабілітації» [21, с. 115]

Психологічна реабілітація визначається нами як» система багатокомпонентних психологічних особистісно-орієнтованих впливів, спрямованих з одного боку на хворого, з метою досягнення психічної адаптації хворого після інсульту, з іншого боку, спрямованих на мікросоціум хворого з метою створення психотерапевтичної середовища в його оточенні " [21, с. 117]. На кожному етапі психологічної реабілітації програми психологічної допомоги спрямовані на формування психологічних установок реабілітації (прийняття хвороби, прихильності лікуванню, співпраці з персоналом, активності в лікуванні, установок здорового способу життя), на досягнення психічної адаптації хворих після інсульту до умов життя. "Принципи концепції психологічної реабілітації утворюють науково-методичне забезпечення побудови програм психологічного впливу [21, с. 116]».

"Принципи психологічної реабілітації:

1. Провідна роль особистості: виявлення проблем адаптації на кожному етапі психологічної реабілітації, облік динаміки змін системи відносин особистості хворого і їх корекція.
2. Поетапність психологічної реабілітації. Етапи психологічної реабілітації відображають динаміку змін системи відносин особистості хворого (до самого себе, до захворювання і лікування, до мікро - і макросоціуму) після захворювання і сприяють застосуванню найбільш доцільних програм психологічної допомоги.
3. Індивідуальність-облік індивідуальних особливостей хворого (соматичних, рухових, когнітивних, емоційних, особистісних) при побудові індивідуальної програми психологічної допомоги з урахуванням етапу психологічної реабілітації.
4. Інформування (обізнаність) хворого про необхідність виконання психологічних умов реабілітації, що сприяють ефективному лікуванню: прихильність лікуванню (комплаєнс); співпраця з персоналом; активність в самостійних заняттях; формування установок здорового способу життя.
5. Психологічна профілактика повторного інсульту шляхом формування у хворого установок здорового способу життя: дотримання гіпохолестеринової дієти, контроль артеріального тиску, відмова від шкідливих звичок, дотримання дозованого режиму нервово-психічної і фізичного навантаження; виконання призначень і рекомендацій лікаря після виписки зі стаціонару.
6. Системність впливів на хворого, нерозривність біологічного (біологічних методів впливу), соціального (надання соціальної підтримки) і психологічного (Психологічна допомога) впливів на хворого.
7. Безперервність і спадкоємність психологічної допомоги на різних реабілітаційних періодах: початковому періоді в гострому стаціонарі, в реабілітаційному стаціонарі, в реабілітаційній поліклініці, в районній поліклініці» [21, с. 116].

Етапи психологічної реабілітації:

*1 етап психологічної реабілітації*. Спостерігаються хворі (з тривалість захворювання від 2-х до 6 місяців) з фізичною залежністю, вираженим ступенем зниження самообслуговування і обмеження життєдіяльності.

На першому етапі наслідки перенесеного інсульту проявляються в порушеннях суглобово-м'язового почуття, тактильної, больовий, вестибулярної, перцептивної чутливості і супроводжувалися руховими розладами. Ці порушення в поєднанні з порушеннями вищих психічних функцій, мови і емоційного стану сприяли виникненню феномена втрати єдності відчуттів і цілісності сприйняття тіла, втрати цілісності «я», самоідентифікації, самоприйняття. У міру лікування відбувається когнітивне прийняття свого організму таким, яким він став після захворювання («що ж робити, це ж моя рука, (нога); голова»; «треба якось жити далі»).

Когнітивне прийняття супроводжується емоційними реакціями (досадою, засмученням, образою, депресією, апатією). У міру поліпшення стану відбувається емоційне прийняття свого організму, потім відбувається і поведінкове прийняття, що виявляється в турботі про хвору частину організму і самодопомоги («буду займатися з рукою (ногою) І відновлю»). Таким чином, порушення фізичних і психічних функцій вже стали «своїми» і були включені в схему тіла, яка стала «інший», але вже «своєї», прийнятої до турботи, участі, і самодопомоги.

На 1 етапі відбувалася перебудова відносин особистості до самого себе, прийняття власної відповідальності за відновлення порушених функцій, прийняття хвороби, формування прихильності лікуванню. Хворі самостійно виконували вправи лікувальної фізкультури, лікувальної ходьби, тренували пам'ять (переказували текст, вчили вірші), розвивали логічне мислення (розгадували кросворди). На першому етапі відбувається відновлення самообслуговування (досягнення фізичної незалежності, переміщення в ліжку, у відвідуванні туалету, в прийомі їжі), самостійної ходьби (з ходунками, тростиною) на невелику відстань (в палаті, по квартирі). Спостерігається, як правило, фізична залежність хворого (шкала Бартела – до 85, шкала Ренкіна – 4 бали). Відбувається зменшення депресії і тривожності (за шкалою депресії і тривожності HADS; Спілбергера-Ханіна), поліпшення когнітивних функцій (MMSE вище 24 балів), якості життя, ставлення до хвороби і до лікування. Важливим є наявність соціальної підтримки (родичів, близьких, соціального працівника). 1 етап психологічної реабілітації ми назвали етапом втрати і відновлення сприйняття цілісності організму, цілісності «я» і самоідентичності, прийняття хвороби, формування прихильності лікуванню. На першому етапі блокована реалізація потреби у фізичній Незалежності, в спілкуванні. З хворими на 1 етапі психологічної реабілітації проводилася особистісно-орієнтована програма психологічної допомоги: індивідуально і в малій групі, спрямована на відновлення цілісності «я», прийняття хвороби, формування прихильності лікуванню і готовності до співпраці з персоналом. [21] Хворі включалися також в малогрупові заняття, (арттерапія, відеотерапія), спрямовані на зниження сенсорної, емоційної та соціальної депривації хворих; надання емоційної підтримки. На 1 етапі можливе проведення корекції вищих психічних функцій індивідуально або в малій групі. Самоприйняття відбувалося через прийняття іншими (психологом, групою), через прийняття мікросоціумом (родичами, медперсоналом, сусідами по палаті). Перший етап психологічної реабілітації найбільш трудомісткий. Одні хворі проходять його за 3-4 місяці, а у інших етап може затягнутися на більш тривалий термін (рік і більше), в залежності від тяжкості наслідків інсульту. Перший етап психологічної реабілітації-етап інтраперсональної корекції.

*2 етап психологічної реабілітації* (тривалість захворювання від 6 до 12 місяців, часткова фізична залежність, середній ступінь зниження самообслуговування і обмежень життєдіяльності). На другому етапі психологічної реабілітації провідними проблемами психічної адаптації були проблеми міжособистісних відносин в сім'ї; в найближчому оточенні, труднощі прийняття нової соціальної ролі (хворого, інваліда) і дефіцитом соціальної підтримки мікросоціуму. На другому етапі блокована реалізація потреби в прийнятті і повазі іншими.

На 2 етапі відбувається розширення самообслуговування: хворий самостійно виходить на вулицю, може підігріти і частково приготувати їжу. Хворому необхідна допомога в прийомі ванни, оплаті рахунків, оформленні документів; купівлі ліків, продуктів, тобто спостерігається часткова фізична залежність (90 балів за шкалою Бартела, 3 бали за шкалою Ренкіна). Відбувається відновлення когнітивних функцій (шкала MMSE від 24 до 28), комунікативної функції мови, знижується рівень депресії і тривоги (Спілбергера-Ханіна, HADS). Наявність соціальної підтримки (родичів, близьких, соціального працівника) бажано. 268 На 2 етапі застосовувалися програми психологічної допомоги у вигляді тематично-орієнтованого групового тренінгу, спрямованого на усвідомлення і корекцію свого соціального статусу і міжособистісних відносин, і вироблення нових поведінкових стратегій. 2 етап психологічної реабілітації ми назвали етапом інтерперсональної перебудови відносин особистості і прийняття нової соціальної ролі [21 с.117]. Таким чином, другий етап психологічної реабілітації-етап інтерперсональної корекції особистості.

*3 етап психологічної реабілітації*. Спостерігалися хворі з легкою фізичною залежністю. Провідною психологічною проблемою на даному етапі психологічної реабілітації стала проблема перебудови ієрархії цінностей життя і прийняття нового сенсу життя. Хворі переживали втрату працездатності і професійного самоствердження, втрату колишніх цінностей життя, переживали з приводу блокованої потреби в самореалізації. На третьому етапі відбувається відновлення фізичної незалежності (шкала Бартела – 100 балів (норма), шкала Ренкіна – 1-2 бали), відновлення когнітивних функцій і емоційної стабілізації (MMSE, HADS, методика Спілбергера-Ханіна – норма.), поліпшення показників якості життя, ставлення до хвороби і до лікування. Хворі досягають даний етап через 6-до 12 місяців від початку захворювання.

У хворих складалося позитивне ставлення до вимушених змін у звичному стилі життя, формувалися установки здорового способу життя, усвідомлювалися необхідні умови профілактики рецидиву:

* виконання гіпохолестеринової дієти
* контроль артеріального тиску
* регулярний прийом необхідних лікарських засобів
* дозованість фізичної і нервнопсихической навантаження
* усвідомлювалася першорядна цінність здоров'я, необхідність створення нового сенсу життя. [1]

Нові поведінкові стереотипи приймалися як умови нового буття; нового життєвого стилю, який хворі намагалися переосмислити і прийняти; знайти позитивне зерно в ситуації, що змінилася, необхідне для відновлення внутрішньої картини здоров'я, картини світу і сенсу подальшого життя. 3 етап психологічної реабілітації названий нами етап перебудови ієрархії цінностей життя і формування нового сенсу життя, стабілізації відносин. У програмі психологічної допомоги на 3 етапі використовувалися прийоми групового тренінгу (тренінг подолання зі стресом), освоєння аутогенного тренування, спрямовані на підвищення стресостійкості хворих. Поряд з психологічною допомогою хворому, здійснюваної за спеціально розробленими програмами, хворому необхідна психологічна підтримка мікросоціуму, і важливим є створення гуманістично орієнтованої реабілітаційного середовища (родичів, медперсоналу і спільноти хворих), яка становить «терапію середовищем».

Головною метою психологічної реабілітації є психічна адаптація хворого. Психічна адаптація хворих після інсульту залежить від:

1. вираженості клінічних проявів; тяжкості порушень рухових, когнітивних, сенсорних функцій і пов'язаним з цим рівнем самообслуговування.
2. пластичності вищих психічних функцій; відновлення мови, уваги, пам'яті, мислення;
3. індивідуально-особистісних особливостей хворого: пластичності системи відносин особистості, гнучкості установок і рольового репертуару; готовності до переоцінок цінностей життя і сенсу життя.

Психічна адаптація є вираженням системної діяльності багатьох біологічних і психологічних підсистем [2], яка дозволяє людині встановлювати оптимальні співвідношення з навколишнім середовищем і, разом з тим, задовольняти свої актуальні потреби, не порушуючи адекватної відповідності між його психічними і фізіологічними характеристиками.

Використовуючи структурно-рівневий підхід, Ф. б. Березін [2], виділяє наступні рівні психічної адаптації:

* психофізіологічний
* психологічний
* соціально-психологічний.

Призначення психічної адаптації, по ф.б. Березіну, полягає в тому, щоб поряд з підтриманням власне психічного гомеостазу забезпечувати оптимізацію постійної взаємодії людини з оточенням і встановлення адекватної відповідності між психічними і фізіологічними характеристиками, що виражається у формуванні певних і відносно стабільних психофізіологічних (психовегетативних, психогуморальних і психомоторних) співвідношень.

Психічна адаптація, як вважають А. П. Коцюбинський і співавтори [42], включає в себе психологічну адаптацію і, в цілому, складається з 3 блоків:

* біологічний;
* психологічний;
* соціального, що відповідає прийнятим в психології уявленням про трьох рівнях психічної регуляції – біологічному, індивідуально-особистісному і особистісно-середовищному [3].

При цьому кожен блок психічної адаптації, в свою чергу, має власну складну структуру.

* + 1. Програма психологічної допомоги на 1 етапі психологічної реабілітації (*індивідуальна корекція)*

Прийоми психологічної корекції ставлення до хвороби і до лікування мали різну спрямованість:

1. Звуження і конкретизація мети діяльності відновлення порушених функцій. "Психологічний вплив спрямовувався на усвідомлення хворим власних можливостей організму. Це досягалося за рахунок формування реально досяжної мети відновлення порушених функцій; за рахунок конкретизації і звуження масштабу мети. Так, замість далекої і уявної нереальної мети навчиться ходити, перед хворим ставилася більш реальна і досяжна мета: навчитися стояти. Рішення цієї мети могло бути забезпечено реальним станом рухових функцій.

Наступним етапом формувалося завдання:

* «ходити з підтримкою іншої людини;
* ходити з підтримкою іншої людини і з опорою на тростину (або ходунки);
* ходити без підтримки іншої людини і з опорою на тростину (або ходунки);
* ходити без підтримки і опори на тростину», тобто самостійно».

Таким чином, формувалися сходинки реального наближення до головної мети: «навчитися ходити». «Наприклад, при афазіях ставили мету: навчиться висловлювати думки короткими фразами, замість широкої мети «навчиться говорити». Звуження і конкретизація мети діяльності сприяли формуванню адекватної можливостям мотивації» [22, с.35]. "Не конкретизована мета при зіставленні з реальними можливостями розцінювалася чи досяжною, що робило бажання її домогтися слабо вираженим, виникало почуття безпорадності. З іншого боку спроби втілення нереальних цілей, не підкріплених реальними руховими можливостями, приводили до втрати рівноваги, травм або посилення м'язового тонусу і до зниження мотивації до лікування, посилення депресивних реакцій. При психологічному впливі, спрямованому на корекцію мети діяльності (різних лікувальних процедур – лікувальної фізкультури, трудотерапії, самообслуговування, логопедичних занять), використовувалися елементи цих спеціальних методів лікування, які служили спеціальним психологічним «містком» до створення у хворого позитивної мотивації до даного виду лікування." [22, с.36].

1. "Формування партнерства з персоналом» Прийом застосовувався у випадках труднощів прийняття допомоги фахівців-реабілітологів. "При завищеній відповідальності хворого за результат лікування його вимоги, що пред'являються досебе, були вище реальних можливостей організму. Психологічним завданням в цьому випадку було зниження почуття відповідальності хворого і підвищення терпимості до допомоги інших, формування партнерства з методистом ЛФК, логопедом, трудотерапевтом, ерготерапевтом і іншими фахівцями. Об'єктом впливу цього партнерства була порушена функція або навик. У хворого формувалося терпляче ставлення до своїх невдалих дій, що сприяло самоприйняттю та інтеграції образу «я»». [22, с.36]. У процесі відновлення відбувалося звільнення пацієнта від образу «я – важко хворий» і створення образу «я – видужуючий».
2. "Звуження зони хвороби". Прийом застосовувався при переоцінці хворим тяжкості стану і знецінення власних зусиль. "Виникало завдання доведення до свідомості хворого вже наявних досягнень у відновленні функцій. Для цього використовувалися переконання, навіювання, демонстрація поліпшення стану функцій хворого, здатності його організму до вироблення нових умовних рефлексів і можливості свідомого управління новим навиком. На заняттях пропонувалися завдання на виконання різних дій (запам'ятовування слів, орієнтацію в просторі, виконання окремих рухів), підкреслювалося поліпшення виконання їх від заняття до заняття.

Принцип наочності допомагав хворому більш об'єктивно оцінювати свої досягнення " [22, с.36].

1. Прийом "розширення зони хвороби" застосовувався в разі недооцінки захворювання і неприйняття допомоги фахівців. Ставилося завдання доведення до свідомості хворого наявність дефекту, корекція якого була реальною і могла стати найближчим завданням відновлення. Заняття проводилися в процесі природного експерименту, який переходив в навчальний експеримент і формування навички. Пропонувалися завдання на психомоторну координацію (утримати тростину, олівець); на довготривалу пам'ять (назвати сусідів по палаті) і ін. Здійснювалося позитивне підкріплення у вигляді емоційної підтримки, похвали». "Поряд з індивідуальною корекцією застосовували роботу в малій групі, спрямованій на зменшення сенсорної, емоційної та соціальної депривації, формування самоприйняття через прийняття іншими.

В процесі занять хворі виявляли підтримку і прийняття один одного. Заняття проводили 1-2 рази на тиждень в умовах кабінету. У малогрупові заняття не включали хворих з нестабільним артеріальним тиском, із загостренням серцевої патології. З ними продовжували індивідуальні заняття в палаті. У малій групі застосовували музикотерапію, арттерапію, відеотерапію, бібліотерапію, терапію зайнятістю» [22, с.37]. У ряді випадків застосовувалася корекція вищих психічних функцій в групі. "У тому випадку, коли хворий не міг брати участь в арттерапії і в музикотерапії (зниження гостроти зору, геміанопсія, низька мотивація, астенія, депресія, значні рухові і когнітивні порушення) застосовувалася розроблена автором методика відеотерапії » [22, с.35]. "У процесі відеотерапії використовували спеціально підібрані відеофільми з різними сюжетами природи: морські пейзажі, річки, водоспади, степи, ліси, пустелі, флора і фауна, захід і схід сонця, зміни пори року на тлі спокійної класичної музики (Л. Бетховен, П. І. Чайковський, Е. Гріг).

Важливим при підборі відеокасет була відсутність вербального супроводу сюжету. Таким чином, візуальне і звуковий вплив було орієнтоване на праву півкулю. Відсутність тексту (активізує ліва півкуля) давало більший простір асоціаціям. Заняття проводилися в групі 1-2 рази на тиждень протягом 30– 40 хвилин» [22, с.38]. "Терапевтичною дією, за нашими уявленнями, володіє спокійний, гуманістичний відеоряд, що сприяє формуванню відчуття цілісності і гармонії світу, що сприяє роздумам про вічність явищ природи, що дає простір асоціаціям, що формує життєстверджуючий настрій» [22, с.38].

Терапія зайнятістю, відновлення побутових навичок. "Поряд з індивідуальними заняттями і заняттями в малій групі хворим рекомендували щоденне відвідування кабінету побутової реабілітації, де вони відвідували заняття з терапії зайнятістю і з відновлення побутових навичок (відновлення навичок самообслуговування). На заняттях ставилися індивідуальні завдання. Призначення занять узгоджували з лікуючим лікарем. Індивідуальні заняття проводила спеціально підготовлена медсестра в окремому кабінеті, заняття в групі проводилися психологом» [22, с.40]. Терапія зайнятістю, організація дозвілля, що представляє роботу з матеріалом (в'язання, плетіння, макраме), це один із способів спонукання хворих до занять у вільний від процедур час, спрямований на зміцнення мотивації до лікування і формування позитивної самооцінки, може проводитися в малій групі. [33]. відносить до терапії зайнятістю перегляд телепередач, читання, вишивання, в'язання та ін.

Програма психологічної допомоги на 2 стадії 1 етапу (корекції вищих психічних функцій і самоприйняття в групі) спрямована на відновлення вищих психічних функцій, на корекцію системи відносин особистості і прийняття порушених когнітивних функцій. Після проведення патопсихологічного дослідження хворих з наслідками інсульту, ретельного збору анамнезу та вивчення медичної документації складається реабілітаційна програма відновлення порушених психічних функцій (пам'яті, уваги, праксису, гнозису). [34].

«У розроблену нами програму психологічної корекції вищих психічних функцій входили індивідуальні та групові заняття з хворими, завдання на дидактичних тренажерах, відновлення побутових навичок, робота з родичами, побудова програми корекції когнітивних функцій в домашніх умовах» [23, с.80]. «Побудова корекційної програми має кілька умов: всі завдання формуються від простого завдання до складного завдання; застосовується емоційна підтримка, безумовне прийняття і позитивне підкріплення, незалежно від успіхів хворого; цілеспрямоване зміцнення позитивної мотивації до занять» [23, с.86].

*Індивідуальні заняття*. "Після проведення патопсихологічного обстеження з хворими з легкими і помірними когнітивними порушеннями проводилися установчі 1-2 заняття, що дозволяють оцінити їх здатність до навчання і корекції, і формувалася індивідуальна програма із застосуванням різних корекційних завдань для роботи в групі» З хворими зі значними когнітивними порушеннями, не готовими до роботи в групі, проводилися " індивідуальні заняття, спрямовані на відновлення когнітивних функцій, заняття проводилися психологом 3 рази в тиждень по 30-40 хвилин. Спочатку проводилася робота типу ≪папір-олівець≫, потім завдання поступово ускладнювалися. [35].

Вони були направлені на:

* Розрізнення форми і кольору;
* Відновлення ідеомоторного праксису;
* Зміцнення зорового уваги;
* Відновлення рахункових навичок;
* Відновлення топографічного орієнтування, орієнтування в умовному просторі і в часі;
* Формування стійкої домінанти керуючого образу при лобових порушеннях.

Потім тривала робота з різним психологічним інструментарієм, 289 спрямована на розвиток аналізу і синтезу, розрізнення кольору і форми. Використовувалися арттерапія» музикотерапія " [23, с.86].

При легких і помірних когнітивних порушеннях індивідуальні заняття тривали в малій групі хворих з подібними розладами» [24, с.349].

2. Групові заняття. "Заняття в групі були спрямовані на корекцію:

* Праксису (динамічного і конструктивного);
* Гнозису (зорового, слухового, тактильного, пропріоцептивного);
* Оптико-просторових функцій.
* Застосовувалися завдання на корекцію пам'яті (просторової, слухової, зорової);
* Розвиток уваги (слухового, зорового, пропріоцептивного)». [24, с.349]

Робота в групі була спрямована також на корекцію відносин хворого до захворювання, формування позитивного комплайенса; створення оптимістичної лікувальної та життєвої перспективи, на відновлення зв'язків з мікросоціумом.

«При формуванні групи враховувалася тяжкість порушень. Більшу частину групи складали хворі з легкими когнітивними порушеннями і тільки одну третину хворі з помірними порушеннями. Таким чином, при скруті розуміння або виконання завдання хворим могли надати допомогу не тільки психолог, провідний заняття, а й інші хворі з легкими когнітивними порушеннями. Частина завдань виконувалася в парах, враховувався принцип взаємодопомоги один одному» [23, с. 86]. Формування групи, етап знайомства, прийняття правил групи і проведення занять проводилися з урахуванням методів і прийомів гуманістичної психотерапії [26]. «На початку і в кінці заняття у пацієнта замірявся пульс. Заняття починалося або завершувалося 15-20-хвилинної релаксацією, проводилися дихальні вправи (2-3 хвилини). Виконувалися окремі прийоми релаксації по Джекобсону, спрямовані на зменшення м'язового 290 напруги, на концентрацію уваги, на роботу з тілом» [23, с. 86]

Заняття в групі (8-10 осіб), проводись протягом години і включали різні комплекси:

* пальцева гімнастика;
* оптична гімнастика;
* вокалотерапія;
* ритмотерапія;
* арттерапія;
* музикотерапія.

Кількість вправ кожного комплексу змінювалося і залежало від особливостей когнітивних порушень хворих кожної групи. У вільний час хворим рекомендувалося самостійно виконувати вправи 1-2 рази на день. Більш докладно програма корекції вищих психічних функцій описана в статтях [25] і в монографії [20 с. 222].

Всі комплекси, що стимулюють роботу центральної нервової системи, спрямовані на корекцію вищих психічних функцій (уваги, пам'яті, праксису, гнозису) і виконуються в першу половину дня. Протипоказаннями є високий артеріальний тиск, судомний синдром. Участь в роботі хворих із залишковими проявами афазії перешкодою не є, так як в групі хворі легше розуміють ситуативну мова або виконують завдання з наслідування.

1. *Дидактические тренажеры*. «Тренировочные занятия разной направленности предлагались в зависимости от доминирующего нарушения в виде упражнений и игр. Задания выполнялись по специальной программе, разработанной психологом, под наблюдением медсестры, индивидуально и студийно (когда в кабинете работали сразу несколько человек, каждый за отдельным столом), 5 раз в неделю в течение 30 минут» [23, с. 80].

"Залежно від порушень вищих психічних функцій тренажери мали різну спрямованість:

1. відновлення конструктивного праксису; предметного, колірного гнозису. Проводилося складання кубиків, конструкторів, мозаїки, пазлів (за зразком і без зразка)
2. відновлення оптико-просторових функцій,» право-ліво " орієнтування. Проводилося виконання завдань в техніці орігамі (складання фігур з паперу за зразком), макраме (плетіння з мотузки або шнура); ліплення фігур з пластиліну або глини; вирізання фігур з паперу, робота з ножицями і клеєм.
3. відновлення рахункових навичок, розпізнавання цифр; зміцнення уваги. Застосовувалися завдання у вигляді настільних ігор: лото (з цифрами), доміно (з цифрами і зображеннями предметів).
4. відновлення зорової пам'яті. Виконувалося складання з кубиків за зразком з поступовим ускладненням завдання (з чотирьох, шести, дев'яти елементів). Використовувалося предметне лото (запам'ятовування предметів); складання візерунків з мозаїки (запам'ятовування послідовності візерунка); архітектурне лото (запам'ятовування назви архітектурних пам'яток).
5. відновлення праксису і дрібної моторики: збирання візерунків, нанизування бус, вишивання на п'яльцях, розкладання дрібних предметів, чергуючи захоплення різними пальцями; робота двома руками при легкому геміпарезі або з частковим включенням хворої руки, при геміпарезі середньої тяжкості» [24, с.351]
6. *"Відновлення побутових навичок.* Заняття з відновлення побутових навичок і навичок самообслуговування проводилися щодня з хворими в кабінеті побутової реабілітації під наглядом спеціально підготовленої медсестри, а також на спеціальних тренувальних стендах у відділенні. У кабінеті на різних столах і стендах розташовані предмети побуту, побуту, роботу з якими поступово освоював хворий. Це були деталі одягу (гудзики, блискавки, кнопки, гачки різних розмірів); предмети домашнього начиння, столові прилади; дисковий і кнопковий телефони, дверні ручки, вимикачі, друкарська машинка і клавіатура комп'ютера та ін хворий освоював роботу з приладами однією здоровою рукою при неможливості підключення хворої руки. Потім виконував 292 завдання по можливості хворою рукою, за допомогою здорової руки і згодом – хворою рукою». [24, с.351]
7. *4. "Робота з родичами.* Проводилося консультування родичів хворих, переважно з помірними когнітивними порушеннями. Воно було направлено на інформування родичів про характер когнітивних порушень хворого, прогнозі їх корекції; особливості тривалого відновного періоду і необхідності продовження занять в домашніх умовах. Психолог проводив навчання родичів прийомам і технікам виконання окремих корекційних завдань» [24, с.351]. Родичі спонукалися до надання більшої самостійності хворим в самообслуговуванні (прийом їжі, одягання і т.д.) під наглядом і контролем з їх боку. Вони спонукалися до ролі терплячого спостерігача і порадника, до психологічної позиції не «попереду», а «позаду» хворого» [23, с.89]. Психологом проводилася корекція неадекватних установок родичів хворих [26].
8. Побудова програми корекції когнітивних функцій хворого в домашніх умовах. "Психолог спільно з хворим і його родичем формували програму занять в домашніх умовах після виписки зі стаціонару, що сприяло безперервності реабілітаційних зусиль по відновленню порушених функцій, зміцненню комплайенса, профілактиці формування когнітивного дефекту» [23, с.89]. Розроблена нами програма психологічної корекції вищих психічних функцій і самоотношения в групі, може при необхідності проводиться на другому етапі психологічної реабілітації.
   * 1. Програма психологічної допомоги на 2 етапі психологічної реабілітації *(тематично-орієнтований тренінг в групі)*

на 2 етапі психологічної реабілітації провідною проблемою були проблеми міжособистісних відносин в мікросоціумі і проблеми прийняття нової соціальної ролі (хворого); у пацієнтів зберігалася часткова фізична залежність (зниження рівня самообслуговування). У хворих спостерігалися переважно астено-невротичні реакції на хворобу, зберігалися легкі когнітивні порушення. На 2 етапі психологічної реабілітації застосовувалася програма психологічної корекції в групі (тематично-орієнтований тренінг). Програма психологічної допомоги на 2 етапі була спрямована на корекцію міжособистісних взаємин, на усвідомлення і прийняття нової соціальної ролі. Внутрішньоособистісний конфлікт (неприйняття ролі хворого і нового статусу) приводив до міжособистісних конфліктів у відносинах в сім'ї. Хворі використовували колишній рольової репертуар, який відкидався родичами і приводив до розчарування і конфліктів. У психологічній групі хворі, поряд з емпатією і підтримкою, отримували новий емоційний досвід і коригували свої ролі. Програма психологічного тренінгу в групі була розроблена і адаптована, стосовно для хворих з наслідками інсульту.

Завдання групового тренінгу. Завдання тренінгу в групі хворих були орієнтовані на:

* 1. формування позитивного комплаєнсу (корекція масштабу переживань, зміцнення віри у відновлення порушених функцій, пристосування до дефекту, підвищення активності хворого в процесі лікування; формування позитивної лікувальної та життєвої перспективи;
  2. підвищення самооцінки, прийняття нової соціальної ролі; допомога в перебудові ієрархії життєвих цінностей. «Цели и задачи группового тренинга излагались больным в доступной для них форме и определялись как выработка навыков преодоления трудных ситуаций, обусловленных болезнью» [25, с. 66].

Формування групи. До групи включалися хворі з легкими і помірними руховими порушеннями і легкими когнітивними порушеннями, без виражених мовних порушень, приблизно в рівних співвідношеннях чоловіків і жінок різного віку. Професійний, сімейний і соціальний статус хворих значною мірою не впливали на роботу в групі. Вік і сімейний статус впливали на проблеми, що виникають після захворювання. Хворі старшого пенсійного віку (від 55 до 65 років і старше) можливість припинення трудової діяльності не розглядали як трагедію («діти виросли»). У хворих молодшого віку (від 40 до 55 років) вимушене припинення трудової діяльності «годувальників» сім'ї з неповнолітніми дітьми викликало тривожні і депресивні переживання. Тяжкість захворювання не перешкоджала прийняттю хворими один одного. У нозоцентрованій групі " хворі з позитивною установкою на лікування і з великим стажем лікування здатні формувати 295 позитивну лікувальну і життєву перспективу в групі, є ядром групи, провідниками позитивних ідей для хворих, які перебувають на ранніх етапах психологічної реабілітації» [25, с. 66].

*Когнітивне зниження.* "Група здатна прийняти 1-2-х хворих з когнітивними проблемами (із залишковими проявами афазії, зі зниженнями пам'яті або орієнтування в просторі та ін.). Хворі були здатні передбачити благополучну лікувальну перспективу, здатні доброзичливо дати пораду, патронувати такого хворого в побутових ситуаціях на відділенні або супроводжувати на процедури» [20 с. 189]. Тривалість захворювання. До групи включалися хворі з різною давністю захворювання, що сприяло формуванню позитивної лікувальної перспективи. "В єдиному просторі групи (як носії єдиної ідеї) формуються і здійснюються ідеї підтримки, емоційної і духовної інтеграції та орієнтації на краще в собі, ідеї самодостатності і подолання зі стресом, яким є хвороба і хворобливий стан, ідеї позитивного майбутнього. Важливою мішенню впливу є ставлення хворого до своєї хвороби і її прогнозу» [25, с. 66]. "Число хворих в групах було 10-12 чоловік. Заняття проводилися 3 рази на тиждень, Тривалість заняття 60-70 хвилин. У зв'язку з легкою стомлюваністю хворих, велика тривалість занять недоцільна. Залежно від групової ситуації заняття закінчувалося 10-15 - хвилинної релаксацією під музику» [25, с. 66].

*Методи і прийоми проведення психологічного тренінгу в групі.* В процесі тренінгу з хворими після інсульту досить успішно працюють психотерапевтичні прийоми:

* корекція лікувальної перспективи
* масштабу переживання хвороби
* корекція внутрішньої картини хвороби
* формування самоприйняття та співпраці.

Заняття включали вправи для розвитку відносин емоційної підтримки, співчуття, 296 співпереживання, прийняття відповідальності на себе за вирішення своїх проблем. Застосовувалися прийоми тематично-орієнтованої дискусії, з використанням рольового програвання, а також прийомів психопантоміми, арттерапії, музикотерапії» [25, с. 67]. «Вільна дискусія, широко використовувана при лікуванні неврозів, не застосовується при роботі з хворими після інсульту.

Емоційне напруження, легко виникає в групі, будучи хорошим показником залученості хворих в групову динаміку, в той же час супроводжувалося значними судинними і важко коригуються афективними реакціями. Застосовувалася керована, контрольована тренером дискусія» [25, с. 67]. При роботі з хворими з наслідками інсульту найбільш ефективна недирективна позиція психолога, переважає емоційна підтримка по відношенню до пацієнтів, надання пізнавальної інформації про хворобу, її наслідки, можливості відновлення, яку можна розцінити як роль коментатора і посередника. Якщо виникає необхідність уберегти кого-небудь з членів групи або групу в цілому від афективних реакцій, за психологом залишається право перервати дискусію [25, с. 67]. На заняттях обговорювалися конкретні теми « чому мене вчить ця ситуація (хвороба)?»; «Що я можу зробити, щоб допомогти одужанню?», «Як змінилося оточення (хто допомагає, хто усунувся)?; «Чи змінилися життєві цінності?». "На заняттях обговорювалися проблемні ситуації членів групи, (ставлення до хвороби, зміна ролі і статусу в сім'ї, в суспільстві). Частина тим і проблем програвалися в рольових іграх, група ставилася в умови пошуку адекватного виходу зі скрутного становища когось із її членів» [25, с. 67].

На перших етапах роботи, через 3-4 заняття, для згуртування групи і появи спонтанних висловлювань нами використовувалося проективне малювання і музичне проектування (20, с. 192). «Хворим пропонувалися різні теми для малювання: «Мій настрій», «Моя хвороба, що я найбільше люблю», «Чому мене вчить моя хвороба», «Чим я можу собі допомогти в лікуванні хвороби?», «Мій дім», «Ступені одужання», «Мої цінності в житті». Малюнки обговорювалися і інтерпретувалися їх авторами і членами групи». [25, с. 67].

Музичне проектування проводилося під час прослуховування окремих музичних творів, обговорювалися асоціації та емоції, які вони викликали. Надалі в міру досягнення «зрілості» групи, застосовувалося рольове програвання важких ситуацій з подальшою їх інтерпретацією в групі. Деякі ситуації пропонувалися психологом, якісь самими хворими. [25, с. 67].). Ситуації, що реалізуються в рольових іграх, могли бути різними:

* проблемні ситуації спілкування з родичами, знайомими, товаришами по службі
* проблеми спілкування в громадському транспорті, в магазині, в аптеці та ін.

*Наприклад:*

1. Ви прогулюєтеся в парку, зустрічаєте свого товариша по службі (сусіда, знайомого), який настирливо, нетактовно, розпитує вас про хворобу. Ваше завдання безконфліктно вийти із ситуації, перевести розмову на іншу тему.
2. попросити поступитися вам місцем в трамваї.
3. до вас в лікарню прийшли родичі або близькі. Ви виступаєте не в ролі хворого, якого треба жаліти і втішати. У вас не з'являється «сльозливість». Ви самі виступаєте в ролі порадника, активно ведете бесіду.
4. у вас в палаті хворий, яких не вірить в лікування. Вважає, що він» кінчений " людина. Ви його переконуєте.
5. ви повернулися на роботу після хвороби. Всі намагаються розпитати вас про здоров'я, про перспективи. Ви вибрали найкоротший варіант нейтральної відповіді (можливо, відбуваєтеся жартом) і користуєтеся ним.
6. ви ходите повільніше товаришів по службі. Всі пішли на нараду до начальника. Ви запізнилися. Всі нетерпляче мовчать, чекаючи вашого наближення до столу. Що ви говорите?» [ 20, с.192].

У процесі групової психотерапії використовувалася психопантоміма. Перед виконанням завдань пантоміми хворим пояснювалися цілі і завдання методики як розширюють можливості самовираження і адекватного сприйняття іншими. Ситуації, що використовуються в пантомімі:

* Зобразити настрій: радість, смуток, байдужість, ненависть, злість, самовпевненість ін.
* Висловити ставлення. Привітати, висловити невдоволення чимось, ви образили когось, хтось образив вас, Ви розмовляєте з людиною, яка вас дратує.
* Відносини в сім'ї: Син (Дочка) або онук (внучка) не слухається, не робить уроки, не допомагає по господарству, проявіть ставлення до них і до інших членів сім'ї.
* Подружні стосунки: дружина (чоловік) не виконав ваше прохання, проявіть своє ставлення. Ви проявляєте увагу до дружини (чоловіка): схвалення, розраду, просите вибачення.
* Виробничі відносини: ваш співробітник (підлеглий, змінник, напарник, Керівник) зробив зауваження або висловив думку, з якою ви не згодні. Проявіть своє ставлення.

За нашими спостереженнями психопантоміма успішніше застосовується на стадії зрілості групи, Елементи пантоміми сприяли зміцненню згуртованості, прояву експресії. Однак для хворих старшої вікової групи, вони залишалися важкими. Хворі з афазією (моторної і сенсорної) і з порушенням праксису включалися в пантомімічні ситуації з видимим задоволенням, використовуючи додаткову можливість невербального контакту з групою на мові, в якому всі рівні» [20, с. 194].

* + 1. Програма психологічної допомоги на 3 етапі психологічної реабілітації*(освоєння прийомів релаксації і подолання зі стресом в групі)*

Програма психологічної допомоги хворим на 3 етапі була спрямована на освоєння прийомів подолання зі стресом, на стабілізацію відносин, формування нової концепції життя. З метою підвищення стресостійкості була модифікована методика аутогенного тренування, стосовно до проблем хворих з наслідками інсульту.

Аутогенне тренування (АТ) як метод психічної саморегуляції є одним з широко застосовуваних методів психотерапії протягом багатьох років. АТ розроблена і. Шульцем, і модифікована рядом вітчизняних і зарубіжних дослідників [36]. Методика використовувалася:

* при відновленні рухових функцій у зв'язку з можливістю впливу на тонус поперечно-смугастої мускулатури [43]
* для стабілізації артеріального тиску шляхом впливу на судинний тонус [48];
* для стабілізації емоційного стану [28].

Психологічні умови застосування аутогенного тренування. АТ вимагає наявності певних умов, що сприяють її освоєнню. Так, А.Г. Панков вказує, що для освоєння АТ хворому необхідний вихідний інтелектуальний рівень, воля до одужання, бажання співпрацювати з лікарем. Ю.Л. Курако і Д. Н Вайсфельд відзначають необхідність врахування інтелекту і пам'яті, а також розуміння хворим 300 перспективи відновлення порушених рухових функцій і можливість їх тренування. В. В. Ковальчук з співавторами відзначають труднощі освоєння навичок аутогенного тренування хворими після інсульту з депресивними реакціями на захворювання. «За нашими спостереженнями, для освоєння АТ необхідна здатність до концентрації уваги, збереження внутрішньої мови, схеми тіла, можливості утримання зорових уявлень, так як багато вправи методу засновані на роботі з поданням свого тіла і з формуванням позитивних образів» [28, с. 82]. Спираючись тільки на словесні навіювання, що не підкріплені чином, навик формується повільно або обмежується лише освоєнням першої формули «тяжкості». «Важливим для освоєння АТ також є позитивне ставлення до лікування, готовність до співпраці з лікарем і психологом, орієнтація на освоєння прийомів самодопомоги в боротьбі з хворобою, самодостатність» [28, с. 82]. а також відсутність помірних і виражених депресивних реакцій на хворобу і аутистичних реакцій.

Спроба застосування аутогенного тренування у хворих з депресією після інсульту може бути не дуже успішною в силу неприйняття хворим свого зміненого тілесного обличчя, зниження мотивації до лікування. Заняття проводилися в групі 10-12 осіб, протягом години, 3 рази на тиждень, 8-10 занять, на яких також застосовувалися прийоми арттерапії та музикотерапії.

*Етапи освоєння аутогенного тренування*. На перших заняттях хворим пояснювалися цілі і завдання методу. Перед кожним заняттям розповідалося зміст нового вправи, його поєднання з раніше освоєними вправами, обговорювалися формули самонавіювання. Після заняття хворі опитувалися про їх самопочуття під час заняття і виконанні вправи. "При проведенні аутогенного тренування з хворими після інсульту є свої особливості. У зв'язку з виснаженістю уваги у хворих з 301 наслідками інсульту і виникненням гіпноїдних фаз час проведення власне аутогенного тренування було скорочено до 30 хвилин. Заняття проводилися на тлі тихої естрадно-інструментальної музики. Від класичної музики, яка приводила до песимістичних роздумів хворих, довелося відмовитися» [28, с. 83]. «На першому етапі освоювалися основні вправи першого ступеня аутогенного тренування, а також, поряд із Загальними формулами АТ, використовувалися прийоми органотренування:

* нормалізація роботи серця
* стабілізація артеріального тиску
* зменшення тонусу судин.

На першому етапі використовувалися і окремі вправи з другого ступеня аутогенного тренування, спрямовані на стабілізацію або створення настрою (уявлення кольору, пейзажу). Формули аутогенного тренування були згорнуті в 4-5 коротких, легко запам'ятовуються формул».

«Другий етап-вироблення формул мети, конкретного застосування навички аутогенного тренування при різних важких, емоційно значущих ситуаціях. З хворими обговорювалися конкретні, характерні для більшості з членів групи труднощі, вироблялися формули їх емоційної нейтралізації (труднощі при переході відкритого або багатолюдного простору, зустріч з родичами, співробітниками і т.д.). У міру освоєння загальних для групи формул цілі, вироблялися індивідуальні формули самовоздействія» [28, с. 83]. «Нами розроблені спеціальні формули аутогенного тренування, що застосовуються при лікуванні хворих з наслідками інсульту (при геміпарезах, що супроводжуються невпевненістю при ходьбі, астеноневротичними, астено-фобічними реакціями):

* 1. Потенціювання руху*.*
     1. при ходьбі, при геміпарезах: «Нога слухняна, м'яка, наступаю всією стопою», «ліва (хвора) – м'яка, права (здорова) – стійка ». Важливо, щоб слова самонавіювання збігалися з тактом ходьби: коли хворий настає на ліву ногу-йде навіювання про ліву ногу, коли настає на праву ногу-йде навіювання про праву ногу; «йду впевнено, стійко, спокійно»; важливий також контроль за спокійним ритмічним диханням
     2. відпочинок при ходьбі: «я можу відпочити стоячи», «я втомився і відпочиваю», «я спокійний, дихання рівне»; «мої ноги і тростина добре тримають мене». Ці ж формули рекомендувалися під час тренувального заняття АТ в палаті, коли хворий, лежачи на ліжку, представляв саму процедуру ходьби і відпочинку при ходьбі.
  2. Високий м'язовий тонус. «Ліва (хвора рука або нога) м'яка і тепла: м'яка і тепла, м'яка і тепла» ; «Рука (нога) рухається легко, рухається легше, ще легше», «Рука (нога) при хвилюванні спокійна».
  3. Нестабільне пекло. «Приємне тепло рівномірно розтікається по тілу», «серце працює ритмічно, спокійно», «судини розширюються, добре справляються з навантаженням», «мій тиск знижується» або «мій тиск постійно».
  4. Невпевненість при ходьбі (навіювання в такт ходьби): «йду стійко, впевнено, спокійно». Вдих – «йду стійко» – крок правою (здоровою) ногою, видих – крок лівою (хворий) ногою; вдих – «впевнено» – крок правою, видих – крок лівою, вдих – «спокійно» – крок правою, видих-крок лівою. Вдих, таким чином, випадає на здорову (праву ) ногу, видих – на хвору (ліву). (Повторення 2-3 рази). При кроці здоровою ногою проговорюються слова самонавіювання, при кроці хворою ногою – пауза. «Ноги добре тримають мене», я добре зберігаю рівновагу» – навіювання в такт ходьбі.
  5. Багатолюдність. «Йду спокійно і впевнено», «зустрічні люди не відволікають мене», «навколо люди – я спокійний», «я не поспішаю і не сповільнюю свій крок, нога м'яка, стійка, тепла» – (повторення 2-3 рази). Вправа виконується і під час ходьби, і як установка перед ходьбою в положенні стоячи або сидячи. Формула може бути використана при зупинці під час ходьби (відпочинок в положенні стоячи): спокійне дихання і установки у вигляді навіювання або зняття напруги в нозі або руці.[26]
  6. Перехід вулиці. "Через вулицю переходжу спокійно, нога м'яка, слухняна мені», «йду впевнено, спокійно», «Нога розслаблена, м'яка, настає всією стопою».
  7. Високий м'язовий тонус в сгибателях руки і разгибателях ноги, рука приведена і зігнута, нога витягнута (фіксація пози Верніке-Манна): «йду, рука розслаблена, разогнута в лікті »; «йду, рука не стосується тулуба»; «йду, рука внизу»; «Нога м'яка, згинається в коліні »; «Ногу піднімаю вище ».
  8. Мовні порушення. "Мова спокійна, плавна, чітка», «Слова підбираються легко і вільно», «дихання легке і вільне», «хвилювання не заважає мені говорити».
  9. Стресові ситуації при спілкуванні. "При хвилюванні моя рука слухняна, нога стійка, м'яка», «моє дихання спокійне і рівне», «я абсолютно спокійний (а)».
  10. близькі сльози. Попередньо проводилися спеціальні заняття з освоєння релаксації м'язів обличчя, в першу чергу-кругового м'яза рота, розслаблення мови, освоєння діафрагмального дихання, свідомого звільнення від гримаси плачу. Поряд з цими прийомами рекомендувалися формули: «спокійно», «обличчя спокійно», «Рот розслаблений», «спокійний (а)». Формули проговорюються як самоприказ. [27]
  11. При утрудненнях засипання. «Я абсолютно спокійний», «я прийняв всі потрібні ліки, всі системи організму вночі будуть працювати спокійно і злагоджено»,» я засинаю міцним, спокійним сном до самого ранку "" [28, с. 84].

На початку і в кінці заняття проводилося вимірювання пульсу пацієнтів. Характерна тенденція до зниження показників після заняття простежувалося на всіх етапах освоєння аутогенного тренування в середньому на 3-5 ударів. «Нами застосовувалося проективне малювання в групах аутогенного тренування. Воно проводилося до і після заняття на початку і в кінці курсу на тему: «Мій стан». В цілому в малюнках хворих після інсульту переважають спокійні одно-двоколірні тони» [28, с. 86]. Результати вивчення малюнків обговорювалися в групі або індивідуально. В цілому малюнок є чуйним індикатором динаміки стану, а також успішності та ефективності дії аутогенного тренування на хворого. Програма психологічної корекції із застосуванням АТ по самозвітам хворих надавала позитивний вплив на стабілізацію емоційного стану, на прийняття хворими тілесного і психічного «я»; сприяла формуванню позитивної лікувальної та життєвої перспективи.

* 1. **Фізична реабілітація**

Реабілітаційний процес, або відновне лікування-це процес і система медичних, психологічних, педагогічних, соціально-економічних заходів, спрямованих на усунення або якомога більш повну компенсацію обмежень життєдіяльності, викликаних порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму. Відновне лікування необхідно, коли у хворого значно знижені функціональні здібності, здібності до навчання, порушені трудова діяльність, соціальні відносини і т. д. [5] в першу чергу, необхідно виділити основні принципи реабілітації хворих після інсульту. Безумовно, ранній початок реабілітаційного процесу відіграє важливу роль. Якщо дозволяє стан хворого, то реабілітацію необхідно починати негайно, а також необхідно запобігти розвитку вторинних ускладнень (пролежнів, контрактур, застійної пневмонії, тромбофлебітів).

Цілі ранньої реабілітації:

1. Різко знизити кількість ускладнень в гострому і підгострому періодах інсульту (інфекційні ускладнення, пролежні, розвиток плечолопаткового періартриту та ін.), відповідно зменшити кількість застосовуваних лікарських препаратів.
2. Настільки поліпшити функціональні результати після інсульту: руху, мова, а в кінцевому підсумку – здатність до самообслуговування, самостійного життя і роботі, щоб помітно зменшити витрати на догляд за цими хворими.

Таким чином, рання реабілітація – необхідний крок для досягнення однієї з головних цілей: поліпшити психологічний стан хворих і їх родичів, їх задоволеність проведеним лікуванням, в цілому – поліпшити якість життя цих сімей.

Тривалість і послідовність відновлювальної терапії досягаються за рахунок правильно поставленої реабілітації, яка повинна починатися у відділенні неврології (або ангіоневрологічному відділенні), куди пацієнт надходить машиною швидкої допомоги. Після цього необхідно продовжити реабілітаційний процес в реабілітаційному відділенні лікарні або в реабілітаційному центрі/санаторії.

Ефективність і результативність реабілітаційних заходів можуть гарантувати тільки висококваліфіковані спеціаліст:

* неврологи-реабілітологи
* \* методисти лікувально-фізичної культури
* логопеди-афазіологи
* психотерапевт
* фізіотерапевт.

Хворі та їхні родичі повинні активні виконувати заходи з реабілітаційного процесу, а також виконувати «домашні завдання».

Після інсульту у багатьох хворих відзначається психологічна і соціальна дезадаптація. Хворі малорухливі, мовна активність різко знижена або відсутня зовсім. Такі хворі мають різко виражений больовий синдром, емоційні порушення і втрату соціального статусу. У разі виникнення інсульту родичі в перший момент відчувають шок. Що робити? Як допомогти близькій людині? Де проходити курс реабілітації? Ці та інші питання мучать родичів хворих. Реабілітаційний процес може проводитися в різних медичних установах, наприклад в стаціонарі. Як правило, в стаціонарі хворі після інсульту перебувають протягом двох - трьох тижнів.

Крім реабілітаційних центрів і санаторіїв відновне лікування проводять в амбулаторних умовах. Амбулаторні заклади забезпечують доступ до лікарів-спеціалістів різного профілю для реабілітації хворих після інсульту. Як правило, хворі відвідують амбулаторію 3 дні на тиждень на кілька годин, після чого відправляються додому, до рідних. [20].

Реабілітація хворих з інсультом здійснюється за чотирма етапами

I етап. Відновне лікування. Реабілітація починається в неврологічному відділенні клінічної лікарні, куди хворий доставляється бригадою швидкої допомоги. Робота, спрямована на відновлення функцій у хворих з порушенням мозкового кровообігу, вимагає великих зусиль як від фахівців з реабілітації, так і від самого хворого. Застосовують: лікування, масаж і ЛФК.

II етап. Починається після закінчення гострого періоду інсульту. Хворі з вираженим руховим дефіцитом, що пересуваються самостійно з працею, які потребують постійної допомоги при самообслуговуванні переводяться у відділення активної реабілітації. На даному етапі передбачений розширений руховий режим. Збільшується кількість застосовуваних методик ЛФК. Існує невеликий відсоток хворих, які на першому етапі відновлюють рухові можливості на дуже високому рівні і мають можливість відразу перейти до відновлювальних заходів третього етапу.

III етап. Реабілітаційний центр. Застосовують більш широкий спектр засобів реабілітації, різноманітні методики физиолечения. В умовах реабілітаційного центру з постінсультними хворими проводиться лікувальна гімнастика в залах ЛФК і в басейні. Водне середовище, в якій проводяться заняття, надає додатковий вплив на організм людини, тепла вода (36 – 37 градусів) знижує тонус мускулатури, зменшує ступінь контрактур, покращує кровообіг в тканинах і їх трофіку. Вправа у воді і плавання ефективні для постінсультних хворих, так як опір води виключає можливість різких рухів, робить їх плавними регульованими і поступовими, дозволяючи регламентувати рухову активність.

IV етап. Амбулаторна реабілітація, реабілітація в спеціальних санаторіях або на дому. Закріплення позитивних зрушень досягнутих в стаціонарі та реабілітаційному центрі, попередження повторних порушень мозкового кровообігу. Для виконання цих завдань використовують кліматичні фактори, дієтотерапію, ЛФК, масаж, психотерапію, при необхідності заняття з логопедом. При обліку стану серцево-судинної системи широко застосовують теренкур (доріжки з різною довжиною і ухилом підйому в лікувальних цілях) – одномоментна дистанція ходьби становить 3 – 5 км, сумарний кілометраж за день 6 – 10 км. [19]

У даній роботі детальніше розглянемо деякі, найбільш поширені та ефективні засоби реабілітації постінсультних хворих.

Кінезітерапія - є основою ранньої рухової реабілітації. Відтворення в методах кінезітерапії послідовності формування рухів дитини, а в навчанні побутовим навичкам використання фізіологічних синергій (об'єднаний комплекс) дозволяє хворому заново пройти онтогенетичний процес становлення моторики. [20]

Лікувальна фізична культура ЛФК-науково-практична, медикопедагогическая дисципліна, при застосуванні якої в якості основного лікувального засобу використовують фізичні вправи – потужний стимулятор життєвих функцій організму людини. ЛФК займає провідне місце в комплексі відновлювальної терапії, має величезний спектр різних методик, при її призначенні слід застосовувати строго дозовані зусилля, не допускати стомлення хворого, навантаження збільшувати поступово.

Завдання адаптивної фізкультури при постінсультному лікуванні:

1. підвищення загального тонусу організму;
2. вироблення активних рухів шляхом розгальмовування і активної стимуляції тимчасово бездіяльних нервових центрів;
3. попередження патологічних станів, стійких рухових розладів, контрактур (обмеження руху суглоба) і анкілозів (нерухомість суглоба);
4. боротьба з підвищенням м'язового тонусу і синкинезиями (мимовільні рухи);
5. профілактика ускладнень у зв'язку з вимушеною гіподинамією;
6. виявлення і стимуляція ізольованого скорочення паралізованих м'язів кінцівок; відновлення рухових навичок.

У процесі реабілітації використовують лікування положенням, пасивні вправи, активні вправи на розслаблення м'язів, вправи для зменшення синкінезій – мимовільних співдружніх рухів, вправи з самообслуговування [14].

Правильне положення паралізованих кінцівок при постільному режимі, а також застосування пасивних рухів має важливе значення для відновлення рухових функцій. Лікування становищем зазвичай починають проводити на 2-3 добу після мозкового інсульту. Тривалість лікування становищем в середньому 2,5 години, але залежить від суб'єктивних відчуттів хворого

Лікувальна гімнастика (ЛГ) забезпечує найбільш повне розгальмовування тимчасово «сплячих» нервових клітин, старих умовних зв'язків і утворення нових рухових імпульсів. В основному застосовуються активні рухи: статичні-викликають тонічне напруження, здатність утримати сегменти кінцівок в певному положенні і динамічні – власне руху. Основним завданням активної гімнастики є отримання у хворого ізольованих рухів, застосовуються полегшені руху з наданням незначного опору. Всі вправи виконуються за допомогою інструктора ЛФК. Для хворих з підвищеним м'язовим тонусом застосовують блоки, гамаки, перед проведенням ЛГ доцільно застосування процедур масажу і парафіну. Тривалість занять і вихідні положення для вправ вибираються виходячи із загального стану хворого на даний момент і залежать від періоду постінсультного лікування [14].

* + 1. Завдання 1-го етапу *(стаціонарний).*

У числі завдань 1 – го етапу-підготовка хворого до початку активного відновного лікування і здійснення заходів по відновленню елементарних рухових функцій.

На цьому етапі реабілітаційні заходи починаються вже в блоці інтенсивної терапії і включають:

* лікування положенням;
* дихальну гімнастику;
* корекцію розладів дихання;
* ранню вертикалізацію
* кінезотерапію.

У наш час для хворих, які перенесли інсульт існують різні тренажери для відновлення рухових функцій. Для прикладу можна привести вертикалізатор ЕРІГО. ЕРІГО-спеціальний стіл, призначений для полегшення процесу мобілізації пацієнтів з важкими руховими порушеннями. Комплекс ЕРІГО забезпечений інтегрованим роботизованим ортопедичним пристроєм, що дозволяє одночасно проводити інтенсивну рухову терапію у вигляді динамічних рухів нижніх кінцівок з можливістю циклічно повторюваного навантаження на них. Також для прикладу можна привести роботизовану систему ЛОКОМАТ, призначену для тренування ходьби. ЛОКОМАТ складається зі спеціальних поясів (система підтримки тіла), що біжить доріжки, і спеціальних двигунів, які здійснюють рух ніг хворого по заданій траєкторії ходьби. За допомогою таких сучасних систем можна домогтися поліпшення реабілітаційних процесів рухових функцій у хворих після інсульту. [36]

Лікування положенням (коригуючі пози) полягає в наданні паралізованим кінцівкам правильного положення протягом того часу, коли хворий знаходиться в ліжку або в положенні сидячи. В даний час вважають [12], що розвиток геміплегіческой контрактури з формуванням пози Верніке–Манна може бути пов'язано з тривалим перебуванням паретичних кінцівок в одному і тому ж положенні в ранньому періоді хвороби. Внаслідок цього дуже важливо запобігання тривалої фіксації кінцівок в одному і тому ж положенні.

Лікування положенням включає:

* укладання паралізованих кінцівок при положенні пацієнта на здоровому боці (рис. 2.2);
* положення на паралізованій стороні (рис. 2.3);
* обмеження часу перебування на спині (рис. 2.4).
* Негативні фактори положення хворого на спині:
* недостатня респіраторна функція легенів;
* поганий дренаж бронхів;
* зниження легеневого об'єму через високе стояння діафрагми;
* високий ризик аспірації слини;
* посилення патологічної рефлекторної активності шийно-тонічних і лабіринтових рефлексів (веде до збільшення тонусу згиначів руки і розгиначів ноги);
* болі в хребті через тривале перебування в одній позі.

Основні (пасивні) прийоми дихальної гімнастики:

* контактне дихання (супровід і стимулювання дихальних рухів дотиком рук до грудної клітки);
* вібрація за допомогою рук на видиху;
* струшування;
* терапевтичні положення тіла (дренажні положення);
* міжреберні погладжування (шкірна і м'язова техніка) [20].



Рис. 2.2-2.4

Рання вертикалізація передбачає підняття головного кінця ліжка, починаючи з перших днів перебування хворого в блоці інтенсивної терапії, піднесене положення тулуба при прийомі їжі. Пацієнт може бути покладений на піднесене узголів'я на 15-30 хв 3 рази на день (кут узголів'я не більше 30°). При цьому дуже важливо провести оцінку і корекцію розладів ковтання, профілактику пролежнів, тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок і пневмонії.

Оцінка та корекція розладів функції ковтання:

* вибір системи харчування і консистенції їжі (пюре, кисіль, йогурт) ;
* додавання в усі рідини загусників (наприклад крохмаль);
* піднімання і притримування голови під час їжі;
* виключення продуктів, що викликають аспірацію (рідина звичайної консистенції, хліб, печиво, горіхи і т. п.);
* використання поїльника з довгим носиком (для стимуляції ковтання);
* ретельна обробка порожнини рота після годування;
* використання зондового і парентерального харчування при виражених розладах ковтання. [79]

Профілактика пролежнів:

* регулярне перевертання;
* використання валиків, що поміщаються під області тіла, найбільш щільно прилягають до ліжка;
* протипролежневі матраци;
* гігієнічні заходи;
* повітряні ванни.

Профілактика тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок:

* бинтування гомілок еластичними бинтами;
* носіння компресійних панчіх;
* підведення ніг на 6-10°.

Основні критерії переведення хворих з блоку інтенсивної терапії в палати ранньої реабілітації: [45].

* ясна свідомість;
* відсутність важкої соматичної патології (інфаркт міокарда, порушення серцевого ритму, задишка, флеботромбоз, тромбофлебіт та ін.);
* відсутність грубих когнітивних розладів, що перешкоджають активному залученню хворих в реабілітаційні заходи.

Палати ранньої реабілітації повинні бути оснащені:

* + функціональними ліжками;
  + приліжковими кріслами;
  + приліжковими столиками;
  + переносними кріслами-туалетами;
  + ширма;
  + пристосуваннями для укладання.

Терміни розширення рухового режиму:

* при ішемічному інсульті основним критерієм для початку ранньої реабілітації є нормалізація системної гемодинаміки (стабілізація показників припадає на 5-7-14-й день залежно від тяжкості ураження); [53]
* при геморагічному інсульті обов'язковим додатковим критерієм є зворотний розвиток деструктивних змін мозку: набряку, дислокації стовбура або серединних структур, оклюзійної гідроцефалії (період розвитку деструктивних процесів становить від 1,5–2 до 4-6 тижнів).

Пасивна гімнастика при ішемічному інсульті починається на 2-4-й день (ще в блоці інтенсивної терапії), при геморагічному – на 6-8-й день. Основні правила проведення пасивної гімнастики:

* слід починати з великих суглобів кінцівок, поступово переходячи до дрібних;
* пасивні рухи виконують як на хворій, так і здоровій стороні;
* число повторів по кожній з суглобових осей становить 5-10;
* пасивна імітація ходьби;
* поєднувати з дихальною гімнастикою і навчанням активному розслабленню м'язів;
* 3-4 рази на день за участю рідних, які навчаються правильному виконанню пасивних рухів.

Активну гімнастику при відсутності протипоказань починають при ішемічному інсульті через 7-10 днів, при геморагічному – через 15-20 днів від початку хвороби. Основні правила виконання активної гімнастики:

* починати з тих рухів, які раніше всього відновилися;
* при грубих парезах починати з вправ статичного характеру (в утриманні сегментів кінцівки в доданому їм положенні); [45].
* вправи динамічного характеру (що супроводжуються виконанням руху);
* при виражених парезах починати з ідеомоторних вправ (хворий спочатку повинен подумки уявити собі заданий рух, а потім спробувати його виконати).

Відновлення рухів навчання сидінню (при ішемічному інсульті-з 8-10-го дня, при геморагічному-з 3-4-го тижня):

* спочатку 1-2 рази на день на 3-5 хв надання напівсидячого положення з кутом посадки близько 30°;
* через 3-6 днів кут підйому доводять до 90°, а час сидіння - до 15 хв;
* навчання сидінню зі спущеними ногами.

Навчання стоянню і ходьбі:

* навчання стоянню біля ліжка на 2 ногах (поперемінно на паретичной і здоровою);
* ходьба на місці;
* ходьба по палаті і коридору за допомогою методиста;
* у міру поліпшення ходи - за допомогою спеціальних пристосувань;
* використання слідових доріжок (для вироблення правильного стереотипу ходьби);
* тренування ходьби по сходах.

Для підготовки пацієнта до стояння у вертикальному положенні необхідна нейросенсорна стабілізація на електроприводному вертикалізаторі.

В якості перспективного способу інтенсифікації кінезотерапії можна розглядати використання біжучих доріжок з підтримують вагу тіла системами. Останнім часом дані системи були доповнені комп'ютеризованими роботами-ортезами для нижніх кінцівок, які забезпечують пасивні рухи в ногах, що імітують крок. [45].

Наступний метод реабілітації пацієнтів перенесли інсульт є масаж. Масаж-сукупність прийомів механічного дозованого впливу на різні ділянки поверхні тіла людини, вироблені руками фахівця або спеціальними апаратами. [14]. Масаж є одним з найефективніших методів відновлення організму. Для відновлення організму масаж слід призначати якомога раніше, фахівці рекомендують вводити його в курс реабілітації вже з другого дня. Тривалість процедури призначає лікар, як правило, при перших заняттях процедура займає всього 5-7 хвилин, в майбутньому час збільшується до 20 - 30 хвилин. Масаж слід проводити щодня, курсом 20-30 процедур. Потім на півтора-два місяці слід зробити перерву. Потім знову продовжити лікування масажем. Масаж слід проводити за 1,5 години до або через 3 години після фізіотерапії і ЛФК.

Масаж призначають при неускладненому ішемічному інсульті на 2-4-й день хвороби, при геморагічному – на 6-8-й. Масаж проводять в положенні хворого на спині і здоровому боці щодня, починаючи з 10 хв і поступово збільшуючи тривалість процедури до 20 хв.Масаж починають з проксимальних відділів кінцівки і продовжують у напрямку до дистальних відділів (плечолопатковий пояс – плече – передпліччя – кисть; тазовий пояс – стегно – гомілка – стопа). Використовують також вібромасаж із застосуванням свінг-масажера [45]. Фізіотерапевтичні методи лікування зв почають через 2-3 тижні: «...для фізіотерапії є перші результати контрольованих досліджень, що демонструють сприятливий ефект даного виду лікування. При цьому рекомендовано застосування лазеро-, магнітотерапії, електростимуляції паретичних м'язів за допомогою імпульсних струмів [10, 11]. З метою відновлення побутових навичок широко використовується ерготерапія (навчання хворих одягання, прийому їжі, користування туалетом, телефоном, ручкою або олівцем для письмового вербального спілкування при виражених порушеннях усного мовлення і т.п.).

При виражених парезах (відсутність повного схоплення кисті) дуже важливо використовувати спеціальні пристосування, наприклад поролонові валики, надіті на ложку або вилку.

Масаж-комплекс науково обґрунтованих і практично перевірених прийомів механічного впливу на організм людини з метою зміцнення і відновлення його функцій. Масаж надає глибокий вплив на органи, системи органів і організм в цілому: поліпшується місцевий кровообіг, прискорюється відтік лімфи і венозної крові з тканин, що 18 полегшує роботу серця, нормалізується гемодинаміка (рух крові по судинах); надає заспокійливу або тонізуючу дію на нервову систему; нормалізує обмінні процеси в м'язах зв'язках і суглобах. Також як будь-який інший засіб фізичної реабілітації, масаж призначають строго відповідно до етапу відновного лікування при обліку загального стану клієнта і наявності супутніх захворювань. Після мозкового інсульту (ішемічного (тромб,відмирання) або геморагічного (крововилив)) у хворого настає порушення рухових функцій по гемі-типу: парез руки і ноги на стороні, протилежній ураженій півкулі мозку. [17].

Масаж починають в залежності від клініки не раніше 3 – 4 діб після інсульту, при геморагічному – значно пізніше, особливо якщо потрібно нейрохірургічне втручання. Ранній відновлювальний період після інсульту (2 – 2,5 тижні) характеризується геміпарезом млявого типу, так як спастика формується не відразу після судинної катастрофи головного мозку. На тлі лікування положенням потрібен загальний гігієнічний, але дуже поверхневий масаж (на місці). Масаж починають зі спини (положення клієнта можливо лежачи на боці), потім масажують здорові кінцівки руку і ногу, і нарешті, легкий масаж паретичних кінцівок.

Більш глибокий масаж небезпечний раннім формуванням грубої спастики. На час масажу лікування положенням знімають, а після масажу знову укладають паретичну руку в розгинальну для дистальних відділів лангету з відведенням плеча на приліжковий стілець з подушкою або низьку тумбочку, а ногу на стороні поразки прибинтовують до лонгете для стопи і гомілки, зберігаючи в гомілковостопному суглобі кут 90 градусів, під коліно валик. Лікування положенням триває від 30 до 120 хвилин, повторюється 3 – 4 рази на день. При гарній переносимості масаж проводять 2 рази в день.

Середній відновлювальний період характеризується формуванням типової для центрального геміпарезу пози Верніке-Манна з підвищенням 19 тонусу м'язів згиначів і приводять. Характер масажу змінюється. [17].

Після підготовчого масажу спини (погладжування і розтирання), коли клієнт лежить на животі, і легкого масажу здорових кінцівок за типом гігієнічного, переходять до масажу паретичних кінцівок. Ригідні (підвищений тонус, перенапруження м'язів) і локально спазмовані м'язи вимагають загальних розслаблюючих прийомів класичного масажу, що виконуються в повільному темпі з паузами відпочинку між прийомами, що б не викликати гіпертонус. Паралельно використовують прийоми точкового масажу, як на ригідних м'язах – гальмівний метод, так і на гіпотонічні м'язи. Як тільки тонус спазмованих м'язів під дією масажу починають слабшати, потрібно підключити пасивні рухи у відповідних суглобах і м'язових групах, закріплюючи успіх масажу. Рухи повинні бути поступальними, дробовими (з паузами) і не досягати максимальної амплітуди: повторювати кожне 2 – 4 рази. Потім процедура масажу триває. [30]

В кінці процедури бажано застосувати безперервну вібрацію, в тому числі і апаратну, якщо її добре переносить клієнт, і повторення пасивно-активних рухів. Успіху масажу сприяє попередня теплова процедура на паретичні кінцівки. У цьому періоді починається спонтанне відновлення активних рухів на стороні геміпарезу з проксимальних відділів кінцівок (плече, стегно). Приклад курсу масажу можна подивитися в таблиці 2.1. Тому поряд з масажем потрібно застосовувати лікувальну гімнастику, навчання стоянню і ходьбі, трудотерапія – починаючи з елементарного самообслуговування.

Чим активніше працює клієнт і чим він молодший тим швидше йде процес відновлення рухових функцій. Пізній відновлювальний період-період залишкових явищ, коли можливе відновлення рухових функцій відбулося і позитивна динаміка майже відсутня. У цьому періоді також показані реабілітаційні заходи, хоча успіхи менш очевидні і вимагають великих зусиль [5]. Масаж в цьому періоді має ту ж схему, що і в другому періоді, але характер його більш інтенсивний, проте не за рахунок темпу. Часто у хворих інсульт виникає на тлі гіпертонічної хвороби, в цьому випадку потрібно масаж комірцевої зони за відповідною методикою.

При спастичному геміпарезі спостерігається гіпертонус згиначів верхніх кінцівок і розгиначів нижніх. Застосовуватися диференційоване вплив на м'язові групи. В першу чергу масажуються здорові кінцівки, а потім паретичні. Тривалість проведення процедури поступово збільшується до 30 хвилин. Курсстановить 10 процедур.

Таблиця 2.1

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Масаж спини |  |
|  | обробка м'язів спини; |
|  | обробка лопатки і м'язів надпліччя; |
|  | обробка паравертебральної зони (ОПЗ); |
|  | заключна частина (погладжування. розтирання, вібрація) |
| 1. Масаж верхніх кінцівок |  |
|  | вступна частина, напрямок прийомів від пальців до плечового суглобу; |
|  | масаж суглобів верхньої кінцівки; |
|  | масаж кисті; |
|  | заключна частина. |
|  |  |
| 1. Масаж нижніх кінцівок |  |
|  | масаж задньої поверхні, напрямок рухів від п'яти тазостегновим суглобом; |
|  | масаж передньої поверхні; |
|  | обробка суглобів нижньої кінцівки; |
|  | обробка стоп. |

Техніка виконання масажу:

Масаж спини починаємо з легкого впливу застосовуючи погладжування, розтирання і легке розминання. Всі прийоми виконуються в повільному темп. З поліпшенням стану поступово сила тиску і кількість прийомів збільшується. На верхніх кінцівках перші сеанси застосовують легке погладжування і розтирання. З поліпшенням стану на м'язах-сгибателях продовжують виконувати легке погладжування і розтирання, а на разгибателях застосовують більш глибокий масаж з додаванням розминання. Вібрація протипоказана. Обов'язково виконується обробка суглобів, місць прикріплення зв'язок і сухожиль. Закінчити процедуру пасивними і активними рухами. На нижніх кінцівках під час проведення перших сеансів застосовують погладжування і розтирання. Через 2-3 сеансу на разгибателях продовжують застосовувати легке вплив. На сгибачах виконують більш глибокий масаж з додаванням розминання. Обов'язкова обробка суглобів, пасивна і активна гімнастика. Масаж виконують в повільному темпі [44].

Розглянемо окремі методи реабілітаційного процесу хворих після інсульту.

Медикаментозна реабілітація пацієнтів після інсульту включає в себе, перш за все, метаболічну захист головного мозку і вплив на мозкову гемодинаміку. З перших днів реабілітації хворих після інсульту необхідно поєднувати застосування ЛФК, масажу і лікарських препаратів. Для поліпшення результатів реабілітації даної категорії осіб пропонується широкий список різноманітних лікарських препаратів [29].

Основним методом відновного лікування після інсульту є лікувальна фізкультура, або кінезотерапія. Головне завдання ЛФК-повне або часткове відновлення обсягу рухів, рівноваги, навичок самообслуговування.

Як правило, курс ЛФК ділять на три етапи:

1. Вступний (3-10 днів);

2. Основний або тренувальний (1-3 місяці);

3. Прикінцевий.

Для першого етапу характерні елементарні вправи, легкі пасивні рухи кінцівкам, в т.ч. і здоровим. Лікувальною фізкультурою з хворим починають займатися вже в гострому періоді інсульту, якщо дозволяє загальний стан пацієнта. Пасивні рухи до декількох разів на день з поступовим збільшенням темпу показані хворим при наявності плегії (plegia – параліч). Обов'язково проведення таких же вправ для здорової кінцівки.

Пасивні рухи краще починати з проксимальних відділів кінцівок (плечовий, тазостегновий суглоби) і поступово переходити на дрібні суглоби кисті і стопи. [32]

*Приклад вправ для рук:*

Вправи повторювати 10-15 разів.

1. Згинання та розгинання пальців обох рук.
2. Протиставлення великого пальця долоні (намагатися дотягнутися до початку мізинця)
3. Доторкнутися по черзі всіма пальцями до кінцевої фаланги великого пальця (руху відбуваються V-II пальцями, потім в зворотній послідовності).
4. «Хвиля» пальцями.
5. Відведення і приведення в лучезапястном суглобі.
6. Згинання та розгинання в лучезапястном суглобі.
7. Обертальні рухи в променеза’ястному суглобі, міняти напрям обертання.
8. ВП - (вихідне положення) сидячи на стільці (хворим боком до спинки стільця), під верхню частина плеча хворої руки покласти кисть здорової, звісити хвору руку за спинку стільця;
9. ВП - лежачи на спині (на кушетці) звісити вниз хвору руку, дотримуватися здоровою рукою за кушетку. Виконання-повільно розгойдувати вільно звисає руку, поступово збільшуючи амплітуду. Дана вправа сприяє розслабленню спастичних м'язів

З перших днів інсульту пацієнта вчать сидіти і стояти. Починають з імітації ходьби в ліжку. Посадити хворого зі спущеними ногами дозволяється тільки на 5-му занятті. У пізньому відновлювальному періоді слід продовжувати віконання ЛФК, однаково звертаючи увагу на здорову і проблемну частини тіла (приклад таблиця 2.2)

*Приклад: Комплекс вправ для відновлення правильного стереотипу ходьби.*

Вправи виконуються біля опори, початкове положення – стоячи. Клієнт

повинен дивитися перед собою-руху ніг без зорового контролю.

1. ВП - Ноги на ширині плечей, переносити вагу тіла з однієї ноги на іншу, повторити 10-15 разів.
2. ВП- ноги стоячи разом, виконуються махи в сторони по черзі правою і лівою ногою/ такі ж махи назад.
3. Ходьба приставним кроком вліво і вправо.
4. Повернутися до опори боком-ходьба "вперед" спиною.
5. Підйом по сходах. Дуже важливо стежити за пульсом (не більше 120 ударів в хвилину) [39].

Таблиця 2.2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | | | Вихідне положення | | | | Опис вправи | | | | Дозування | | | Методичні вказівки | |
| Ознайомлення з самопочуттям хворого, вимірювання артеріального тиску, підрахунок пульс.  *Вступна частина (5 хвилин)* | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Сидячи на стільці.  Руки вільно опущені. Ноги зігнуті в колінних суглобах під кутом 90 градусів | | | На вдиху –  зведення лопаток,  на видиху –  повернення у ВП | | | | 4-6 разів | | | | Дихання з подовженим  видих. | | | |
|  | ВП як у першій вправі | | | Згинання і  розгинання  здорової руки  в ліктьовому суглобі | | | | 5-7 разів | | | | Фіксація паретичної кінцівки методистом для придушення синкінезій. | | |
|  | ВП як у першій вправі | | | Згинання та розгинання здорової ноги  в колінному суглобі | | | | 5-7 разів | | | |  | | |
|  | Сидячи, руки вільно опущені, тулуб дещо нахилений вперед | | | Погойдування вільно  опущених рук. | | | | 0,5 – 1 хвилина | | | | Домогтися максимально можливого розслаблення м'язів плечового пояса і рук. | | |
|  | Сидячи на стільці, руки вільно опущені, ноги зігнуті в колінних суглобах під кутом 90 градусів | | | Згинання здорової руки в плечовому суглобі і повернення у вихідне  положення. | | | | 6-8 разів | | | | Активне(вольовим зусиллям) або пасивне (за допомогою методиста)придушення синкінезій в паретичних кінцівках.  Темп середній, руху по максимальній амплі туді. | | |
|  | | *Основна частина* | | | *(20-25 хв)* | | | |  | | | |  | |
|  | | Сидячи. Здорова рука опущена. Долоня  методиста утримує долоню паретичної руки хворого, іншою рукою методист фіксує лікоть, пальці і кисть в розігнутому положенні з  відведеним 1-м пальцем. | | | Пасивне згинання в плечовому суглобі паретичної руки, повернення в початкове положення. | | | | 10-12 разів | | | | Рухи виконуються випрямленою рукою хворого, по максимально можливій амплітуді; не допускається виникнення болю. | |
|  | | Сидячи на стільці, руки вільно опущені, ноги зігнуті в колінних суглобах під кутом 90 градусів | | | Відведення і приведення здорової руки в плечовому суглобі | | | | 6-8 разів | | | | He допускати синкінезій | |
|  | | Сидячи на стільці, руки вільно опущені, ноги зігнуті в колінних суглобах під кутом 90 градусів | | | Активна супінація і пронація в плечовому суглобі здорової руки. | | | | 8-10 разів | | | | He допускати синкінезій | |
|  | | Сидячи. Здорова рука опущена.  Долоня методиста утримує долоню паретичної руки хворого, іншою рукою методист фіксує  лікоть, пальці і кисть в розігнутому положенні з  відведеним 1-м пальцем | | | Пасивне відведення і приведення в плечовому суглобі паретичної руки | | | | 10-12 разів | | | | Рухи виконуються випрямленою рукою  хворого, no максимально можливої амплітуді; не допускається виникнення болю | |
|  | | Сидячи. Здорова рука опущена.  Долоня методиста утримує долоню паретичної руки  хворого,  іншою рукою методист фіксує  лікоть, пальці і кисть в розігнутому положенні з  відведеним 1-м пальцем | | | Пасивна супінація і пронація в плечовому суглобі паретичної руки. | | | | 10-12 разів | | | | Рухи виконуються випрямленою рукою хворого, по максимально можливій амплітуді; не допускається виникнення болю. | |
|  | | Сидячи. Руки вільно опущені, тулуб кілька нахилено вперед. | | | Погойдування вільно опущених рук | | | | 1 хвилина | | | | Домогтися максимально можливого розслаблення м'язів плечового пояса і рук | |
|  | | Сидячи на стільці, руки вільно опущені, ноги зігнуті в колінних суглобах під кутом 90 градусів | | | Активне згинання та розгинання здорової руки | | | | 6-8 разів | | | | He допускати синкінезій | |
|  | | Сидячи, здорова рука опущена, методист однієї  рукою утримує долоню паретичної руки хворого, інший фіксує плече.  Пальці і кисть паретичної руки в розігнутому положенні. | | | Пасивне згинання та розгинання в ліктьовому суглобі | | | | 6-10 раз | | | | Не допускати виникнення болю | |
|  | | Сидячи на стільці, руки вільно опущені, ноги зігнуті в колінних суглобах під кутом 90 градусів | | | Активне згинання та розгинання в  лучезапястном суглобі здорової руки | | | | 10-12 разів | | | | He допускати синкінезій | |
|  | | Сидячи, здорова рука опущена, методист фіксує долоню з розігнутими пальцями і передпліччя паретичної руки. | | | Пасивне згинання і розгинання в лучезапястном суглобі паретичної руки | | | | | 10-12 разів | | | Не допускати виникнення болю | |
|  | | Сидячи на стільці, руки вільно опущені, ноги зігнуті в колінних суглобах під кутом 90 градусів | | | Активне згинання та розгинання пальців здорової  рука. | | | | | 15-20 разів | | | He допускати синкінезій | |
|  | | Сидячи за столом, передпліччя паретичної руки лежить на столі в середньому положенні. | | | Пасивне згинання та розгинання у всіх суглобах пальців кисті | | | | | 15-20 разів | | | Рухи виконувати ізольовано в кожному суглобі. | |
|  | | Сидячи, руки вільно опущені, тулуб кілька нахилено вперед. | | |  | | | | |  | | |  | |
|  | | Сидячи за столом, передпліччя паретичної руки лежить на столі в середньому положенні. | | | | Пасивне згинання, розгинання, приведення, відведення, кругові рухи пальця паретичної  Рука | | | | 15-20 разів | | | Рухи виконувати ізольовано в кожному суглобі. | |
|  | | *Заключна частина* | | | | *(5 хвилин)* | | | |  | | |  | |
|  | | Сидячи на стільці, руки на колінах, ноги зігнуті під кутом 90 градусів | | | | Згинання та розгинання здорової руки в ліктьовому суглобі | | | | 8-12 разів | | | Повне дихання, середній темп. | |
|  | | Сидячи, руки вільно опущені, тулуб дещо нахилений вперед | | | | Потряхивание вільно опущених рук | | | | 1 хвилин | | | Максимальне розслаблення м'язів плечового пояса і рук. | |
|  | | Сидячи, руки на колінах | | | | Повне дихання | | | | 3-4 разів | | | Видих подовжений | |
| *Підрахунок пульсу, вимірювання артеріального тиску* | | | | | | | | | | | | | | |

* + 1. Завдання 2-го етапу (спеціалізоване відділення лікарні відновного лікування)

Після закінчення гострого періоду в перші 3-4 тижні доцільні заходи з підготовки та пристосування хворого до життя і трудової діяльності у позалікарняних умовах. У ранньому відновлювальному періоді застосовується кінезотерапія (індивідуальні заняття або заняття малогруповим методом) відповідно до поставлених завдань.

Завдання кінезотерапії при наявності парезів:

* зменшення ступеня парезу (тобто збільшення м'язової сили в паретичних кінцівках);
* поліпшення реципрокних відносин м'язів-антагоністів;
* зниження спастичності;
* профілактика контрактур.

Боротьба зі спастичністю є необхідним компонентом рухової реабілітації. Зазвичай наростання м'язового тонусу в паретичних кінцівках відбувається протягом перших 2-3 міс після інсульту. У ряді випадків це наростання тонусу призводить до розвитку м'язових контрактур, які є значною перешкодою у відновленні рухових функцій [49].

Для подолання спастичності використовують наступні методи:

* прийом міорелаксантів. Засобами вибору є: Мідокалм-середня добова доза становить 450 мг, баклофен (ліорезал) - середня добова доза 30-60 мг, сирдалуд (Тизанідин) - середня добова доза 6-12 мг. дози підвищуються поступово;
* фізіолікування: теплолікування (парафінові або озокеритові аплікації) або лікування холодом (кріотерапія);
* вибірковий або точковий масаж;
* спеціальні вправи на розслаблення, аутотренінг;
* лікування положенням (укладання на 2-3 год руки і / або ноги в спеціальні лонгетки в позі, протилежній позі Верніке-Манна);
* голкорефлексотерапія.

У перші 2 міс у частини хворих (15%) розвиваються трофічні зміни суглобів (артропатії) паретичних кінцівок, у 20-40% в перші 4-5 тижнів може спостерігатися "синдром больового плеча" (найчастіше пов'язаний з виходженням головки з суглобової западини через розтягнення суглобової зв'язки). Артропатії найчастіше виникають в лучезапястном суглобі і суглобах пальців паретичної руки. Всі ці явища можуть привести до розвитку контрактур.

Для лікування артропатій використовують:

* методи знеболюючої фізіотерапії. Засобами вибору є: діадинамічні та синусоїдально-модульовані струми, черезшкірна Електростимуляція, імпульсна магнітотерапія, голкорефлексотерапія;
* фізичні методи, що поліпшують стан трофіки суглобів і навколишніх тканин: теплолікування (парафіно - або озокеритотерапія), вакуумний і турбулентний масаж;
* анаболічні гормони: ретаболіл 1,0 внутрішньом'язово 1 раз в 7-10 днів, курс лікування 5-6 ін'єкцій;
* при "синдромі больового плеча" - електростимуляцію м'язів плечового пояса, носіння фіксуючої пов'язки;
* при болях-антидепресанти, нестероїдні протизапальні препарати. Лікування артропатій слід починати при перших ознаках їх розвитку: появі невеликої припухлості і невеликої хворобливості при натисканні і рухах в суглобі[49]

Відновлення рухів в паретичних кінцівках може початися вже в перші дні після інсульту, частіше через 1-2 тижні, але якщо воно не почалося до кінця 1-го місяця, то в цілому перспектива відновлення рухових функцій погана.

Завдання кінезотерапії при атактичних розладах:

* поліпшення координації рухів;
* тренування рівноваги
* зміна характеру аферентної імпульсації (м'язово-суглобове почуття).

З метою оптимізації відновлення функції рівноваги можна використовувати баланс-тренінг. Кінезотерапія повинна поєднуватися з повторними курсами масажу і фізіотерапевтичних процедур. Останнім часом з метою підвищення пластичності мозку використовується метод мезодіенцефальної модуляції. При порушенні мови продовжують заняття з логопедом. У ранньому відновлювальному періоді використовуються прийоми розгальмовування мови шляхом втягування хворих в мовне спілкування за допомогою сполученої (здійснюється одночасно з логопедом), відбитої (слідом за логопедом) і елементарної діалогічної мови. Показана «опора» на звичні мовні стереотипи, емоційно значущі слова, пісні, вірші. Особливо ефективним може бути спів, оскільки при цьому активізуються неушкоджені нервові шляхи недомінантної півкулі, що здійснюють перенесення музичної інформації [54]. На стаціонарному етапі реабілітації заняття з логопедом проводять по 30-45 хв 1-2 рази на день щодня. Метою ерготерапії на даному етапі є підвищення самостійності пацієнта і повернення його в сім'ю, на роботу, в звичне оточення. Ерготерапія здійснюється за допомогою художньої творчості, роботи в спеціальних кабінетах (майстернях) трудотерапії (робота з глиною, деревом, макраме, в'язання, робота на ручних ткацьких міні-верстатах) [52].

2.2.3. Завдання 3-го етапу (амбулаторний)

Мета-відновлення соціального становища хворого. У відділенні (кабінеті) відновного лікування хворих з наслідками ГПМК на базі районних поліклінік формується програма реабілітації хворого на 1 рік лікарем-неврологом (огляд 1 раз на місяць), вирішуються питання про працездатність пацієнта (при необхідності направлення на медико-соціальну експертну комісію). При отриманні групи інвалідності участь в соціальних програмах для інвалідів (отримання коштів для переміщення, перенавчання з подальшим працевлаштуванням і т.д.).

Форми роботи амбулаторного етапу:

* + денний стаціонар;
  + стаціонар на дому;
  + школа для хворих та їхніх родичів.

Дуже важливо створити вдома хворому умови для різних занять (терапія зайнятістю). В даний час проводяться численні дослідження можливостей застосування у хворих, які перенесли інсульт, так званої форсованої тренування паретичних кінцівок (перш за все руки). Сутність запропонованого методу полягає в тому, що здорова рука фіксується так, що хворий не може її використовувати (протягом 5 год в день). Тим самим створюються умови, при яких вся увага пацієнта направлено на використання паретичної руки.

Дослідження Exite виявило позитивні результати "примусово індукованої рухової терапії" через 3-9 міс після інсульту у групи пацієнтів зі стабільними показниками, зі збереженням позитивних результатів для руки протягом 1 року. Одночасно рекомендовано проводити ерготерапію в спеціально обладнаних кімнатах.

Таким чином, проблема реабілітації постінсультних хворих є досить актуальною. У зв'язку з цим, згідно з програмним документом ВООЗ (Європейська узгоджена Заява щодо інсульту) основною метою найближчого 10-річчя є досягнення функціональної незалежності в «діяльності повсякденного життя» через 3 міс більш ніж у 70% хворих, які перенесли гостру фазу.

* 1. **Когнітивна реабілітація**

Фізичні методи залишаються важливим напрямком нейрореабілітації, при цьому прогрес науки, розвиток IT-технологій розширюють загальноприйняті поняття, дають можливість розробки більш ефективних підходів, що дозволяють досягти підвищення дієздатності після інсульту. Велика увага на сьогоднішній день приділяється когнітивної реабілітації, що є невід'ємною складовою частиною реабілітаційного процесу. Саме стан вищих психічних функцій у пацієнтів з інсультом оцінюється як предиктор ефективності проведеного лікування [9].

Раніше методики когнітивної стимуляції застосовувалися переважно у пацієнтів з певними синдромальними порушеннями, такими як афазія, неглект, апраксія та ін в даний час підходи, спрямовані на регуляцію вищих психічних функцій за допомогою самих різних за фізичною природою стимулюючих факторів, активно використовуються фахівцями в нейрореабілітаціонном процесі при різних неврологічних захворюваннях. На жаль, в реальній клінічній практиці дані постінсультні розлади не завжди своєчасно діагностуються фахівцями, що не тільки робить негативний вплив на ставлення пацієнта до свого захворювання, але і призводить до зниження реабілітаційного потенціалу і погіршення функціонального результату [31].

Основні стратегії когнітивної реабілітації включають:

* сприяння природному відновленню вищих психічних функцій;
* відновлювальні тренування окремих когнітивних функцій (КФ) і колишніх повсякденних навичок;
* навчання стратегіям компенсації дефіциту окремих КФ і обмежень повсякденної активності;
* використання зовнішніх компенсаторних пристроїв і сторонньої допомоги;
* реорганізація та структурування зовнішнього середовища [68].

Традиційно загальноприйнятим» золотим стандартом " когнітивно-відновних заходів є логопедичні програми. При цьому вплив за допомогою активації мовного домену представляється безумовно ефективним інструментом у відновленні мовної функції, читання, письма, здатним також надавати в цілому сприятливий вплив на пацієнтів і приводити до загального поліпшення стану. Єдиним його недоліком, який беззастережно визнається експертами в усьому світі, є обмежена, на жаль, доступність даної технології, враховуючи надзвичайно трудомісткий процес індивідуальної роботи [66].

Особливий інтерес на сьогоднішній день викликає використання методики арт-терапії як одного з перспективних методів когнітивної реабілітації, що поєднує в собі інтеграцію сенсорного компонента і одночасного тренінгу процесів, що сприяють поліпшенню пам'яті, консолідації, утриманню, переключенню уваги, навчання, планування і прийняття рішення [72]. Нерозривною складовою арт-терапії є музичне втручання — легко інтегрується в реабілітаційні програми, економічно необтяжливе, доступно е, з полімодальними механізмами впливу на головний мозок, важливі компоненти якого включають повторюваний ритм, акустичний резонанс. Передбачається, що музична терапія може надавати Модулюючий вплив на нейрональні процеси, стимулюючи пізнання і мультисенсорну інтеграцію; їй приділяється особливе місце в нейрореабілітації.

В одному з недавніх систематичних оглядів, що включає аналіз 27 рандомізованих контрольованих досліджень результатів реабілітації пацієнтів з інсультом з використанням методики музикотерапії та втручань з ритмічною слуховою стимуляцією, відзначено їх виразний позитивний вплив на фізичну активність (рух верхніх кінцівок, параметри ходи, баланс), КФ (увага, спілкування) і настрій пацієнтів. У дослідженні P. Pohl та ін, заснованому на аналізі результатів відновлення хворих з інсультом, показано, що участь в мультимодальної програмі реабілітації з ритмом і музикою в якості провідних компонентів сприяло позитивній динаміці наявних моторних, когнітивних і емоційних порушень.

Сам процес виконання (співання) мелодії являє собою своєрідну певну мнемонічну підказку, яка допомагає засвоєнню вербального матеріалу. Автори прийшли до висновку, що пацієнти з наявністю легкої афазії, які перенесли інсульт 6 місяців тому, можуть краще запам'ятовувати і створювати досліджений новий матеріал, коли він уявлень в «пісенному», а не в усному форматі. У дослідженні представлені структурні кореляти з використанням воксельної морфометрії при виконанні МРТ головного мозку, що вказує на двостороннє збільшення обсягу сірої мови в скроневих, лобових і тім'яних частках після лікування [69].

Іншим активно розробляється перспективним напрямком досягнення когнітивної компенсації після інсульту є стимуляція за допомогою розширення режиму фізичної активності хворого із застосуванням різних комплексів фізичних вправ. Позначено, що кардіореспіраторні тренування з раціонально розрахунковим фізичним навантаженням роблять позитивний вплив на процес відновлення після інсульту, зменшують годину непрацездатності за рахунок ліплення рівноваги і сприяють цілому ліпленню фізичної форми хворих. Фізична активність у вигляді гімнастики тайцзи (її різновиди бадуаньцзінь) як компонента традиційних китайських вправ цигун, йоги, пілатесу також сприятливо впливає на фізичний та емоційний стан пацієнтів після інсульту [76, 83].

Згідно з даними недавнього систематичного огляду J. Veldema та P. Jansen [79], циклічні вправи на ергометрі можуть сприяти:

* відновлення моторики після інсульту, включаючи кардіореспіраторну підготовку;
* поліпшення ходьби;
* підвищення м'язової сили нижніх кінцівок;
* поліпшення процесів підтримки рівноваги і контролю пози, а також КФ.Все більша увага дослідників приділяється комбінованим підходам, що включають комплексний вплив з комбінацією фізичних вправ і когнітивного тренінгу.

У своєму дослідженні T. Yeh та ін. вказують, що аеробні вправи в поєднанні з комп'ютеризованим когнітивним тренуванням позитивно впливають на когнітивний статус пацієнтів, які перенесли інсульт [81].

За даними W. Bo і співавт. використання саме комбінованого втручання в порівнянні з будь-яким іншим тренуванням (фізичні вправи, когнітивний тренінг) показало більшу ефективність у відновленні КФ у хворих, які перенесли інсульт. Схожі результати отримані S. Koch і співавт., які застосовували в реабілітаційній програмі у постінсультних хворих комбіноване втручання, що включає аеробні, силові втручання і когнітивний тренінг. Автори підтвердили безпеку та ефективність комбінованої програми у відновленні пацієнтів, включаючи фізичну активність, КФ та настрій. Отримані нами дані про комплексне використання циклічних вправ і самостійних когнітивних тренінгів із застосуванням смартфонів /планшетів у хворих в гострому періоді інсульту також свідчили про ефективність комбінованого підходу [38].

Іншим сучасним напрямком реабілітаційного процесу є використання стимулюючих факторів різної природи як складової частини комп'ютерних технологій з використанням віртуальної реальності (ВР), робототехніки та нейроінтерфейсів. IT-технології знайшли широке застосування в розробці комп'ютеризованих когнітивних програм для планшетів, смартфонів, персональних комп'ютерів, які використовуються з метою відновлення пам'яті, уваги, керуючих функцій [62].

Серед безперечних переваг методу розглядаються можливість самостійної індивідуальної реабілітації пацієнтів в умовах спокійної домашньої атмосфери або за допомогою доглядають осіб; широкі можливості варіації підбору програм для тривалої стимуляції окремих КФ або декількох КФ; можливість зміни навантаження і наявність заохочення при успішному виконанні завдання. Супроводжуюча заняття ігрова мотивація пацієнтів забезпечує високу комплаентность до лікувального процесу, що має безсумнівне значення. При всіх зазначених перевагах даний підхід має низьку вартість і характеризується легкістю в проведенні. На основі IT-технологій розроблені такі методики, як роботизована механотерапія для верхніх і нижніх кінцівок, робот-асистовані тренування, інтерфейси мозок-комп'ютер (ІМК), тренінги з ВР [70].

Методологія роботизованої механотерапії передбачає застосування екзоскелетів для тренування верхніх кінцівок. Проведені дослідження продемонстрували ефективність їх застосування для нейрореабілітації після інсульту, відновлення рухової активності, підвищення якості життя. При цьому особливо відзначено, що застосування роботизованої механотерапії для тренування верхніх кінцівок робить позитивний вплив на стан КФ хворого, призводить до поліпшення функціональних показників практично у всіх доменах [56].

Одним з досить нових методів в когнітивної реабілітації є застосування ВР. За останні кілька років в технології ВР відзначений значний прогрес, вона зарекомендувала себе як корисний інструмент в лікуванні депресії, хвороби Альцгеймера та інших нейродегенеративних захворювань. ВР може застосовуватися в якості симулятора повсякденного життя, коли пацієнт на додаток до своїх повсякденних обов'язків активно тренує пам'ять, увагу, зорово-просторовий гнозис, керуючі функції, рівновагу, моторні функції [55].

У дослідженні M. Maggio та ін. [71] показано, що реабілітація з використанням технологій ВР може позитивно впливати на КФ пацієнтів, які перенесли інсульт, за рахунок підвищення мотивації. L. Dehn та ін. [60] продемонстрували результати лікування на основі використання ВР з метою поліпшення КФ у хворих з дефектами полів зору, зорово-просторовими порушеннями. Автори підкреслюють, що ВР виступає в якості рушійної сили, стимулюючи відповідні емоції, спогади і фізичні рухи, що лежать в основі лікувальних процедур. Особливістю технології ВР є перевага у вигляді миттєвого зворотного зв'язку, завдяки якому вона може бути адаптована за складністю для пацієнтів з різними КН [80].

В даний час біологічний зворотний зв'язок (БЗЗ) є невід'ємною складовою частиною практично всіх сучасних методів нейрореабілітації. Наприклад, візуальна і акустична БОС по опорній реакції є важливим стимулом для центральної нервової системи (ЦНС), що впливає ефективно не тільки при відновленні порушеної ходи, рівноваги, балансу, але і в тренуванні КФ. Стабільометричний тренінг з використанням силових платформ на основі зорового і слухового каналів БЗЗ для верхніх і нижніх кінцівок ефективно застосовується при нейрореабілітації пацієнтів після інсульту [40]. Тренінг на стабільометричній платформі з БЗЗ по опорній реакції в комплексі з багатоканальною м'язової електростимуляцією біполярно-імпульсними струмами використовується при корекції когнітивного порушення (КП) після інсульту, демонструючи свою ефективність, а також покращуючи функціональний стан пацієнтів в цілому [50]. На сьогоднішній день на основі БЗС в нейрореабілітації розроблений і активно використовується цілий спектр високотехнологічних методик [59], безпека використання яких протягом останніх десятиліть отримала повне підтвердження [77]. Серед них нейробіоуправління на основі електроенцефалографії (ЕЕГ), яке вивчалося в численних роботах. Згідно з їх результатами, тренінги на основі нейробіо управління з використанням альфа-ритму можуть поліпшити показники пам'яті у пацієнтів з помірними-КП (ПКП) і ця перевага може зберігатися після періоду навчання [67].

Є роботи, де вивчався вплив тренувань з БЗЗ з використанням бета-ритму [65]. У роботі протягом 8 тижнів проводилися тренінги з БЗЗ у пацієнтів з ПКП, в ході яких оцінювалися показники за шкалою MoCA і афективні розлади. В результаті курсу тренувань виявлено статистично значуще поліпшення пам'яті, уваги, керуючих функцій. Ще один вид тренувань з БЗЗ — використання сенсорно-моторного компонента і тета-ритму. У ході дослідження [73] було виявлено позитивний вплив такого тренування на стан КФ у літніх пацієнтів з ПКП. З успіхами технології БЗЗ і її використанням для цілеспрямованого аферентного і еферентного регулювання мозкової діяльності.

Методика з використанням ІМК з БЗЗ являє собою технологію, при якій пацієнт, «керуючи» мозковою діяльністю, отримує зворотний зв'язок у вигляді зміни певного параметра на основі реорганізації сенсомоторного аналізатора, відновлення інтегративної діяльності мозку. При цьому відзначається відновлення довільних рухів, створюється додатковий канал БЗЗ сенсомоторного аналізатора, спостерігаються виразне поліпшення дієздатності хворого, підвищення показників активності в повсякденному житті. В даний час ІМК — це технологія, що застосовується при лікуванні різних неврологічних розладів [58]. Серед робіт, в яких використовується технологія ІМК+БЗЗ, можна виділити дослідження у пацієнтів в стані коми або в вегетативному стані, де проводилися когнітивні тренування з використанням ІМК+БЗЗ, після чого було показано, що пацієнти, які мають виражений когнітивний дефіцит, можуть успішно відновлюватися. Відзначено успіхи при лікуванні пацієнтів, які перенесли черепно-мозкову травму: тренінги проводилися медичними працівниками дистанційно, в режимі онлайн, і, незважаючи на змінений формат, показали позитивні результати. В результаті не тільки покращився результат когнітивного тестування при аналізі з використанням оціночних клінічних шкал, але також було відзначено підвищення показників якості життя [81]. Варто відзначити, що даних, які доводять ефективність застосування ІМК+БЗЗ для пацієнтів з постінсультними КН, ще недостатньо. У зв'язку з цим дана тема вимагає подальшого вивчення для оцінки ефективності і для розробки стандартизованих методик когнітивної реабілітації за допомогою ІМК+БЗЗ.[41]

Цікавим видається застосування ІМК+БЗЗ з екзоскелетом для верхньої кінцівки в рамках Комплексної програми мультимодальної стимуляції з включенням занять пацієнта з логопедом-нейропсихологом, тренінгів на стабілометричної платформі в положенні стоячи і вправ на вібротренажері. Запропонована програма реабілітаційного лікування пацієнтів з КП, які перенесли ішемічний інсульт, в пізньому відновлювальному періоді включала повторний курс реабілітаційного лікування через 3 міс. В результаті відзначена статистично значуща позитивна динаміка стану пацієнтів в поліпшенні:

* Пам'ять;
* Увага;
* Зорово-конструктивних навичок [41].

До сучасних методів когнітивної реабілітації відноситься неінвазивна стимуляція мозку. Транскраніальна магнітна стимуляція (ТМС) — метод, заснований на стимуляції нейронів головного мозку змінним магнітним полем. В останні десятиліття в клінічну практику увійшла технологія ритмічної транскраніальної магнітної стимуляції (рТМС). Варто відзначити, що кілька років тому неінвазивна Стимуляція застосовувалася переважно у пацієнтів з афазією [61, 74], зараз же спектр застосування даної технології значно розширений: рТМС знайшла застосування в корекції емоційних порушень, наприклад при постінсультної депресії, в якості одного з ефективних методів лікування при рухових розладах, в поєднанні ТМС з ЕЕГ — для оцінки індивідуальної відповіді на проведену реабілітаційну терапію. Для ряду нейродегенеративних захворювань, таких як хвороба Альцгеймера, хвороба Паркінсона, деменція тіла Леві, ТМС можна розглядати як потенційну можливість персоналізованої когнітивної реабілітації [77].

Основною стратегією застосування рТМС при інсульті є збільшення збудливості ураженої півкулі і/або зниження збудливості непораженного півкулі головного мозку хворого. Сукупність даних публікацій і оглядів дозволила групі європейських експертів привласнити рівень доказовості «в» застосування низькочастотної стимуляції первинної моторної кори непораженного півкулі у пацієнтів в хронічній фазі інсульту і рівень доказовості «з» при давності інсульту від 8 днів до 6 міс, а для високочастотної стимуляції ураженої півкулі у пацієнтів в гострій і підгострій стадіях інсульту - рівень «з». Поряд з рТМС іншою методикою неінвазивної стимуляції мозку є пряма транскраніальна електрична стимуляція, яка, як і рТМС, індукує процеси нейропластичності, в результаті чого можуть відзначатися різні функціональні зміни, серед яких полегшення процесів навчання, зміна обсягу робочої пам'яті, поліпшення КФ [78].

Іншим методом, застосування якого обґрунтовано для відновлення КФ після інсульту, є дзеркальна терапія - технологія реабілітації, заснована на активації дзеркальних нейронів при спостереженні за значущим для людини рухом. При виконанні рухових і сенсорних вправ здоровою кінцівкою в поєднанні з рухами або без рухів хворою рукою/ногою, захованої за дзеркалом, у пацієнта виникає ілюзія, що кінцівка працює як здорова - «дзеркальна ілюзія». У проведених роботах на тлі дзеркальної терапії відзначено поліпшення не тільки рухової функції ураженої кінцівки, але і (наприклад, за даними китайських дослідників L. You і співавт. [82] мовних функцій у пацієнтів після інсульту. В одному з недавніх систематичних оглядів застосування дзеркальної терапії оцінюється як перспективний напрямок для впливу на КФ у пацієнтів після інсульту. Аналіз результатів досліджень мозку показав значні зміни в активації іпсилатеральної кори, відповідальної за рухову підготовку і виконання, в активації нейронних субстратів первинної соматосенсорної кори, області предклінья, пов'язаної з генерацією зображень, самообробкою, а також в активації структур мозочка. Ці нейронні субстрати опосередковують створення, підтримку та маніпулювання моторними образами; є ключовими для регуляції процесами у взаєминах рухових функцій і психічних процесів між візуальною ілюзією, індукованою дзеркалом, і кінестетичними образами руху при тренуванні ілюзій у пацієнтів [57].

У відновлювальному періоді не можна залишати без уваги емоційний стан пацієнтів, оскільки у них досить часто зустрічаються тривожно-депресивні та інші емоційно-поведінкові порушення, які істотно знижують якість життя і ускладнюють проведення реабілітаційних заходів.

Таким чином, на сьогоднішній день для відновлення пацієнтів з постінсультними КП є великий спектр нефармакологічних підходів з різним ступенем доведеної ефективності. Всі без винятку використовувані методи спрямовані на відновлення регуляторних процесів в головному мозку за рахунок стимуляції нейропластичності мозку, починаючи від високотехнологічних програм з використанням БЗЗ і закінчуючи музикотерапією, йогою, пілатесом, гімнастикою цигун. Частина представлених досліджень з певним рівнем доказової бази має ряд методологічних недоліків, у зв'язку з чим порівняльний аналіз їх ефективності та безпеки в даний час дещо ускладнений. Можна вважати загальною думку експертів, що для визначення оптимальних з точки зору клінічної ефективності, безпеки та економічної доцільності підходів до лікування постінсультних КП необхідне проведення подальшої роботи, спрямованої на пошук можливостей корекції КП у даної групи хворих, а також проведення додаткових контрольованих досліджень.

З усього вищесказаного випливає, що масаж є найважливішим доповненням до лікувальної фізкультури, при грамотному його застосуванні підсилює ефект від занять лікувальною гімнастикою і прискорює процес відновлення рухових функцій. Своєчасна реабілітація дозволяє запобігти багато наслідків постінсультного періоду. Підвищується ступінь і темп відновлення порушених функцій і якість життя. Після перенесеного інсульту дуже важливо допомогти клієнтам повернути навички самообслуговування і працездатності. Хворих після інсульту необхідно навчати найпростішим речам, на які здорова людина навіть не звертає уваги. До таких речей відноситься прийом їжі, навички особистої гігієни, гігієнічні заходи. Для хворих самостійне користування туалетом і ванною кімнатою здаються непереможною перешкодою. Для вирішення цього завдання необхідно використовувати технічні пристосування – поручні у унітазу, скоби в стінах ванної кімнати. Дані пристосування допоможуть хворим після інсульту самостійно виконувати гігієнічні заходи. Хворих, які перенесли інсульт, при позитивній динаміці реабілітації необхідно залучати до домашніх робіт, а пацієнтів молодого віку зі слабкими постінсультними порушеннями необхідно готувати до повернення трудової діяльності.

**ВИСНОВКИ**

* + - 1. Інсульт є одним з найпоширеніших розладів, що набуває все більш широку медичну, соціальну та економічну значимість. Постінсультна інвалідизація займає перше місце серед усіх причин інвалідності. Ситуація, що склалася з серцево-судинними захворюваннями на наявність тривожного медичного прогнозу в умовах соціально-економічних труднощів в суспільстві на тлі повсюдного нераціонального харчування, гіподинамії, регулярних стресів, в ролі психосоціальних факторів розвитку серцево-судинних порушень, неухильно зростає. Все це вимагає активізації спільних зусиль медиків, психологів, соціальних працівників, вдосконалення методів профілактики реабілітації та інших заходів, пов'язаних з цією соціальною обумовленою патологією.

Залежно від механізму розвитку судинної патології виділяється кілька видів інсульту: ішемічний інсульт – найбільш поширена серцево-судинна патологія, що розвивається внаслідок гострого порушення кровопостачання певної ділянки головного мозку; геморагічний інсульт або внутрішньомозковий крововилив –вид судинної патології, пов'язаний з просочуванням тканин дільничного мозку кров'ю; субархноїдальний крововилив – причина даної патології залишається не з'ясованою.

* + - 1. Для хворих, які перенесли інсульт, характерна наявність різкого підвищеного дефіциту толерантності до фізичних і психічних навантажень, різке зниження працездатності, зниження можливостей адекватного сприйняття і логічного мислення. Захворювання супроводжується значними змінами звичного способу життя, соціального статусу, можливі фінансові проблеми, втрата роботи, інвалідизація, постійна тривога. У пацієнтів можуть виникати відчуття незахищеності, відсутність контролю над власним життям.

Після перенесеного інсульту людина істотно відрізняється від інших здорових людей. У неї може змінитися поведінка, реакції, в тому числі, емоційні. Люди в такій ситуації переживають внутрішні страждання:

* відчувають тривогу у зв'язку зі зміною звичного способу життя;
* відчувають незручність за свій стан безпорадності;
* відчувають страх залишитися тягарем для рідних і близьких;
* залишитися інвалідом;
* відчувають тугу і смуток від нерухомості та ізоляції від суспільства.
  + - 1. Психологічна допомога пацієнтам з інсультом – це, в першу чергу, соціальна адаптація, пошук нових можливостей і цілей, здатних наповнити життя змістом і позитивними прагненнями.

Психологічна реабілітація допомагає:

* позбутися внутрішніх переживань, замкнутості і конфліктності;
* об'єктивно розглянути свій стан, можливості, ситуацію, що склалася, за допомогою фахівця;
* зрозуміти свої слабкі сторони та можливості;
* налагодити відносини з рідними і близькими – навчитися висловлювати свої почуття і розуміти, що відчувають і переживають родичі;
* соціально адаптуватися, уникнути повної ізоляції;
* жити повноцінним життям.

Когнітивна реабілітація (КР) – це комплекс заходів, спрямованих на відновлення роботи пам'яті, мислення, мови та інших когнітивних функцій, порушених інсультом. Якщо повне відновлення неможливе, когнітивна реабілітація допомагає компенсувати порушення та покращити якість життя. В результаті хворий може освоїти адаптивні методики та обладнання, щоб знизити свою залежність від зовнішньої допомоги.

Основні стратегії когнітивної реабілітації включають: сприяння природному відновленню вищих психічних функцій; відновлюванню тренування окремих когнітивних функцій і колишніх повсякденних навичок; навчання стратегіям компенсації дефіциту окремих когнітивних функцій і обмежень повсякденної активності; використання зовнішніх компенсаторних пристроїв і сторонньої допомоги; реорганізацію і структурування зовнішнього середовища.

Особливий інтерес наразі викликає використання методики арт-терапії, як одного з перспективних методів когнітивної реабілітації, що поєднує в собі інтеграцію сенсорного компонента і одночасного тренінгу процесів, що сприяють поліпшенню пам'яті, консолідації, утриманню, переключенню уваги, навчання, планування і прийняття рішення.

* + - 1. Фізична реабілітація при інсульті має фізичні та психологічні переваги.

Фізичні переваги:

* + - * відновлюються сили;
      * підвищується витривалість;
      * збільшується швидкість ходьби;
      * поліпшується баланс тіла;
      * підвищується здатність виконувати повсякденні рутинні дії;
      * знижується ризик повторного інсульту.

Психологічні переваги:

* + - * поліпшення настрою;
      * поліпшення роботи мозку;
      * відсутність стресу;
      * підвищення самооцінки та впевненості в собі, що може знизитися після інсульту;
      * робота з мотивацією – поява цілей, до яких потрібно прагнути.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АГ – артеріальна гіпертонія;

АТ - аутогенне тренування;

БЗЗ - біологічний зворотний зв'язок;

ВР - віртуальна реальність;

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров’я;

ГПМК - гостре порушення мозкового кровообігу;

ЕЕГ – електроенцефалографія;

ІМК - інтерфейси мозок-комп'ютер;

КП – когнітивні порушення;

КФ - когнітивна функція;

ЛГ - лікувальна гімнастика;

ЛФК – лікувальна фізична культура;

МПМК - минущі порушення мозкового кровообігу;

МРТ – магнітно-резонансна томографія;

ПКП – помірні когнітивні порушення;

рТМС - ритмічна транскраніальна магнітна стимуляція;

ТМС - транскраніальна магнітна стимуляція;

ТІА - транзиторні ішемічні атаки ;

ЦНС – центральна нервова система.