

ВАЖНЕЙШИЕ АСПЕКТЫ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОЧАГОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

НАУЧНЫЙ
РУКОВОДИТЕЛЬ
ГБУЗ «ЦЕНТР
ПАТОЛОГИИ РЕЧИ
И НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ»
ДЕПАРТАМЕНТА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Г. МОСКВЫ
Виктор Маркович
Шкловский



Очаговые поражения головного мозга (тяжелые черепно-мозговые травмы (ЧМТ), инсульты и др.) по тяжести последствий и инвалидизации занимают одно из первых мест в структуре общей смертности населения Российской Федерации. Смертность после тяжелых ЧМТ и инсультов составляет 30–40%. Из оставшихся в живых возвращаются к труду лишь 10–15%, при этом 70–80% становятся инвалидами. В нашей стране ежегодно регистрируется 500–550 тыс. больных с инсультом и 600 тыс. человек с черепно-мозговой травмой. Примерно треть больных с инсультом – это лица трудоспособного возраста.

Особое внимание следует обратить на детскую популяцию. Последние данные звучат устрашающе – лишь 8,1% подростков оканчивают школу здоровыми.

Более чем у 47% детей в раннем возрасте обнаруживаются расстройства высших психических функций различной тяжести, которые входят, по Международной классификации болезней (МКБ-10), в группу нервно-психических расстройств: умственная отсталость, расстройства психологического (психического) развития – задержка общего и речевого развития, алалии, афазии, дизартрии, заикание, дизграфии и целый ряд других. У таких детей отмечаются нарушения высших психических функций, в том числе речи, памяти, внимания, чтения, счета и др. Затруднен процесс восприятия знаний, обучения в школе, что приводит к де-

виантным формам поведения. Крайне тяжелыми расстройствами являются афазии и дизартрии в результате перенесенных в детском возрасте черепно-мозговых травм и инсультов.

Нейрореабилитация больных с последствиями инсульта и ЧМТ отличается от реабилитации в кардиологии, хирургии, травматологии, при нейродегенеративных и других заболеваниях центральной нервной системы (ЦНС) (болезнь Альцгеймера, боковой амиотрофический склероз, рассеянный склероз и др.), которые требуют лишь поддерживающих реабилитационных мероприятий. Более того, даже в рамках одной нозологической группы сосудистого или травматического генеза клиника расстройств, цели и задачи нейрореабилитации значительно разнятся и требуют применения специальных методов и организационных мер.

Особую группу представляют больные, перенесшие инсульт и черепно-мозговую травму, с поражением доминантного полушария. С учетом последствий (двигательных, речевых и других когнитивных нарушений, психических расстройств) они принадлежат к наиболее тяжелому контингенту больных, страдающих нервно-психическими заболеваниями. Выделение группы больных с поражением доминантного полушария вызвано необходимостью дифференцированного подхода, дающего возможность создать эффективную систему помощи.

У больных с поражением доминантного полушария мозга нарушаются речевая и другие когнитивные высшие психические функции, и у многих, как правило, сочетаются с двигательными и психическими расстройствами, катастрофически разрушающими всю жизнедеятельность больного и его семьи. Кроме того, у большинства из них имеют место в той или иной степени выраженные психические расстройства, связанные с сосудистой общемозговой или очаговой патологией либо являющиеся реакцией на дефект, а также на резко изменившийся социальный статус и положение в семье. Имен-

но нарушения речи являются важнейшим ведущим фактором при определении группы инвалидности.

В биосистеме, существующей на планете Земля, только у человека в течение миллионов лет формировалась высшая психическая когнитивная функция речи. Речь – сложнейшая познавательная функция, высшая в иерархии когнитивных процессов. Речь есть не только орудие общения, но и орудие мысли. Сознание развивается главным образом при помощи речи и возникает из социального опыта.

Устранение последствий инсульта и черепно-мозговой травмы невозможно без осуществления системы комплексных мероприятий, построенных по индивидуальному восстановительным программам.

В нашей стране комплексная нейрореабилитация начала осуществляться в практических медицинских учреждениях с 1952 года в Ленинграде, где был основан первый центр патологии речи. Затем, с 1968 года, накопленный опыт лег в основу создания в Москве специализированной службы. Решением исполкома Моссовета в 1987 году организован Московский центр патологии речи, который в 1992 году преобразован в самостоятельное учреждение – Центр патологии речи и нейрореабилитации (далее – Центр).

Центр является специализированным лечебно-профилактическим учреждением, в котором проводится комплексная диагностика, лечение и нейрореабилитация взрослого и детского населения, крайне тяжелых больных с последствиями инсульта, черепно-мозговой травмы, нейроинфекции и других заболеваний ЦНС, имеющих нарушения речи и других высших психических когнитивных функций, расстройства опорно-двигательного аппарата, соматические и психические нарушения. Необходимость организации специализированной помощи была продиктована огромным числом больных, требующих неотложной нейрореабилитации.

В Центре функционируют 35 отделений: консультативно-диагностическое, суточный стационар и дневной стационар на 365 коек, стационар на дому на 100 мест, амбулаторно-поликлинический комплекс, осуществляющий поддерживающую терапию больных с последствиями инсульта и нейротравмы, на 30 мест, дневной стационар для взрослых больных с нарушением общения и коммуникации (пациенты с логоневрозом), детское отделение, отделения фониатрии, функциональной диагностики, отдел фармакотерапии, лечебной физкультуры и массажа, отдел клинической психологии, физиотерапии, отделение восстановления социально-бытовых и трудовых навыков (эрготерапия), организационно-методический отдел, центр телемедицины и информационных технологий и др.

В штате Центра 839 сотрудников: врачи разных специальностей – педиатры, неврологи, психиатры, психотерапевты, терапевты, кардиологи, офтальмологи, отоларингологи (фониатры), дерматовенерологи, стоматологи, специалисты по лечебной физкультуре и массажу, физиотерапевты, а также нейропсихологи, нейродефектологи, социальные работники, специалисты по

социально-бытовой и трудовой реабилитации и др. Это позволяет осуществлять на современном уровне междисциплинарную комплексную диагностику, лечение и нейрореабилитацию тяжелых больных, а также предоставляет возможность использовать междисциплинарный бригадный метод работы.

Проводимые в отделениях Центра комплексные нейрореабилитационные мероприятия имеют разную направленность: это диагностика, медикаментозное лечение, физиотерапия, лечебная физкультура, массаж, психотерапия, логотерапевтические занятия, нейросенсорный и нейромоторный тренинги, работа в компьютерных кабинетах, социотерапия и пр.

Высокотехнологичные нейропсихологические методы исследования высших психических функций являются определяющими для диагностики, формирования индивидуальных лечебных программ, контроля динамики реабилитационного процесса, оценки эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий. Данные нейропсихологических исследований в сопоставлении с результатами других методов обследования (КТ, МРТ, функциональной диагностики и др.) позволяют получить полную картину функционального состояния ЦНС после мозгового инсульта или черепно-мозговой травмы, его динамики в процессе нейрореабилитации.

Одно из ведущих мест в нейропсихологической программе занимает *логотерапия* (восстановительное обучение), которую осуществляет нейродефектолог – специалист с высшим педагогическим дефектологическим образованием по специальности «логопедия», владеющий методами нейропсихологического обследования больных с нарушениями речи и других высших психических функций, индивидуального и группового восстановительного обучения, теоретическими и практическими знаниями в области нейродефектологии.

Логотерапия включает индивидуальные и групповые занятия с учетом специфики и тяжести дефекта. Основным критерием при формировании групп служит степень выраженности расстройств высших психических функций. Организованы группы для больных с нарушением гнозиса и праксиса, по растормаживанию устной речи с использованием методики невербальной коммуникации, по восстановлению фразовой речи для пациентов с речевыми расстройствами средней степени выраженности, устранению нарушений развернутой фразовой речи или восстановлению произносительной стороны речи и ряд других, например по восстановлению речи в процессе предметно-практической деятельности на занятиях в специализированных компьютерных кабинетах и в кабинете эрготерапии.

К важнейшим аспектам нейрореабилитации больных относится *восстановление двигательных функций* верхних и нижних конечностей, нарушение которых приводит к изменению всего стиля жизни и поведения, принося больному невероятные страдания, так как он лишен возможности самостоятельно выполнять элементарные гигиенические процедуры, передвигаться, принимать пищу и пр., особенно при правосторонних гемипарезах. Активные занятия лечебной физкультурой



и массаж в значительной степени помогают в восстановлении высших психических функций, и в том числе речи. Особое значение в этом процессе придается коррекции движений при помощи биологической обратной связи и применению антигравитационных костюмов, аналогичных используемым космонавтами после длительного пребывания в состоянии невесомости.

Большое место занимает *эрготерапия – восстановление бытовых и трудовых навыков*. Этот вид реабилитации направлен также на восстановление высших психических функций. Занятия по трудотерапии проводятся совместно логопедом и трудотерапевтом, что позволяет восстанавливать речь в процессе предметно-практической деятельности. Групповые занятия по бытовой реабилитации помогают пациентам лучше адаптироваться в сложных для них ситуациях – на улице, в магазине, транспорте – и восстановить навыки самообслуживания.

В отделениях нейрореабилитации следует вводить и такой вид работы, как арттерапия, которая включает занятия по музыкотерапии, психологической разгрузке, в дневном стационаре – посещение больными выставок и музеев. Арттерапия направлена на активизацию компенсаторных резервов больного.

Формы и виды психотерапии в нейрореабилитационной клинике очень сложно описать, так как использование приемов «психотерапии прямого действия» затруднено, а иногда невозможно при очаговых поражениях головного мозга с нарушением высших психических функций (ВПФ), проявляющихся тяжелыми расстройствами экспрессивной и импрессивной речи (моторные и сенсорные афазии и др.), двигательных функций (правосторонние гемипарезы верхних и нижних конечностей). У таких больных формируются стойкие депрессивные состояния и иные психические нарушения, требующие участия психиатра в лечебном процессе. Вместе с тем психотерапия является значимым направлением в комплексе лечебных мероприятий, поскольку эмоциональное и психологическое состояние больного служит одним из основных факторов, определяющих возможности и эффективность восстановительного процесса.

Кроме индивидуальной психотерапевтической работы большое значение имеют групповые занятия больных с нейродефектологами, специалистами по лечебной физкультуре, социальной работе и др., создающие базу для формирования у больного позитивного отношения к жизни, открывающие перед ним перспективу и вселяющие надежду на выздоровление. Очень важны создание и поддержание в отделении (подразделении) «психотерапевтической среды». В этом процессе должен участвовать весь персонал – от санитарки до заведующего отделением, главного врача и руководителя Центра. Работа по воспитанию и обучению персонала любого уровня и ранга очень сложна. Люди, не способные к эмпатии, дружественному взаимодействию с больными и их родственниками, не могут работать в такого рода учреждениях. Большую роль практически на всех этапах нейрореабилитации играют медицинские сестры.

Особым видом деятельности является *семейная психотерапия* – многоаспектная работа, направленная на достижение в семье понимания проблем больного и причин конфликтов, возникающих в связи с его заболеванием. Она должна носить постоянный, структурированный характер и рассчитана не только на понимание проблем семейных отношений, но и на активное привлечение родственников к участию в нейрореабилитационном процессе, социально-бытовой и трудовой адаптации больного, восстановлению у него речи и других высших психических функций и на овладение навыками активной поддержки. Крайне серьезный момент в работе с родственниками пациентов – разъяснение их роли в реабилитации, адаптации больных к изменившимся условиям жизни.

Важнейший аспект нейрореабилитации – *социальная работа*, которая дает возможность обучить больных навыкам самообслуживания, а также правилам пользования различными вспомогательными техническими средствами и приспособлениями. Социальный работник занимается вопросами профориентации, профподготовки, содействует рациональному трудоустройству больных, сохранивших способность к трудовой деятельности. Организует и проводит клубную работу (экскурсии, лекции, беседы, викторины, конкурсы, концерты силами пациентов, сотрудников отделения и артистов, просмотры видеофильмов, семейные вечера и др.). Обязанности социального работника, состоящего в штате специализированной службы помощи больным с патологией речи, в целом совпадают с должностными обязанностями социального работника, участвующего в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи, однако в зависимости от местонахождения подразделения службы они могут видоизменяться. Например, в стационаре на дому после выписки из стационара пациентов, не способных обслуживать себя, самостоятельно передвигаться, вступать в контакт с близкими и окружающими людьми, социальный работник должен уделять основное внимание восстановлению у них элементарных санитарно-гигиенических навыков, навыков преодоления бытовых проблем, обучению элементам самообслуживания.

Социальный работник совместно с врачами, нейропсихологами, нейродефектологами разрабатывает индивидуальную реабилитационную программу, проводит индивидуальную и групповую работу с пациентами, направленную на развитие у них навыков общения, улучшение их социальной адаптации, формирование ответственности за свое социальное поведение, обследует условия проживания и оказывает необходимую помощь, поддерживая связь с социальными работниками района по месту проживания больных, решает вопросы оформления прописки, наследования, определения в дом-интернат и др., устанавливает контакты по месту учебы или работы пациента, с полицией, домовыми эксплуатационными управлениями, совместно с учреждениями по труду и занятости населения формирует банк данных рабочих мест для реализации адекватных



условий трудоустройства (в том числе надомной работы) для лиц с патологией речи.

Функциональная диагностика в нейрореабилитационном процессе является важнейшим разделом работы. Основной принцип организации деятельности отделения функциональной диагностики состоит в динамическом и своевременном обследовании пациентов, что важно для разработки индивидуальных планов медикаментозного лечения и нейрореабилитационных мероприятий на разных этапах заболевания.

В нейрореабилитационных клиниках приоритет, как правило, отдается наиболее ранним периодам реабилитации – 6–12 месяцев после перенесенной мозговой катастрофы. Однако восстановительные резервы сохраняются и спустя более длительное время: нередко хороший прогресс можно наблюдать через два, три и даже пять лет после нейротравмы или инсульта благодаря активным нейрореабилитационным мероприятиям.

Современный уровень нейрореабилитации больного с нарушением ВПФ требует не только тщательного обследования специалистами разного профиля, но и проведения ЭЭГ, КТ, МРТ, ОФЭКТ. Именно методы функциональной диагностики помогают объективно оценить тяжесть поражения ЦНС и составить прогноз вос-

становления нарушенных функций. Они имеют столь же важное значение, как и в острый период заболевания.

Только методами КТ и МРТ можно выявить очаговые, лакунарные поражения мозга, атрофические процессы в коре и подкорковых структурах, объективное наличие гидроцефалии, арахноидиты, опухоли, врожденные аномалии и т.д. Сам по себе размер и локализация очага могут быть прогностически неблагоприятными, но, будучи примененными в динамике, эти методы могут нести информацию о наличии пластичности и положительной и/или отрицательной динамике состояния очага, кисты, рубца и других образований, в связи с чем КТ и МРТ крайне важны для использования и в позднем восстановительном периоде после мозговых катастроф. К тому же проведение МРТ в ангиографическом режиме позволяет избежать инвазивных диагностических сосудистых методов.

Мероприятия комплексной нейрореабилитации позволяют реализовать такие важнейшие принципы помощи больным, как непрерывность, длительность и интенсивность, обеспечивающие эффективность лечения и оправдывающие приложенные на всех предшествующих этапах огромные усилия по спасению жизни больного и возвращению его к социальному функционированию.