

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ, ВОЗНИКШИМИ ВСЛЕДСТВИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, В БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ

А. И. Богданович

ГУ «Брестский областной центр медицинской реабилитации для детей с психоневрологическими заболеваниями «Тонус», Республика Беларусь

Белорусская медицинская академия последипломного образования, кафедра детской неврологии, Республика Беларусь

За последние годы реабилитология определилась как самостоятельное направление помощи лицам с особыми потребностями, в том числе детям с особенностями психофизического развития [2, 3, 4]. В процессе развития реабилитологии произошел переход от медицинской модели помощи (установка на излечение болезни) к антропоцентрической модели (установка на развитие и становление личности ребенка с ограниченными возможностями, интеграция в социальную среду) [2, 3].

Общей целью реабилитации является нормализация жизни, которая подразумевает нормализацию условий жизни детей с ограниченными возможностями и интеграцию их в общество, насколько это возможно [1, 4]. Начальным звеном системы реабилитации является медицинская реабилитация, так как ребенок с ограниченными возможностями, возникшими как исход различных тяжелых заболеваний, прежде всего, нуждается в медицинской помощи. Медицинская реабилитация направлена на полное или частичное восстановление нарушенной или утраченной функции вследствие болезни или на замедление прогрессирования заболевания. В тех случаях, когда ограничение возможностей возникло в раннем детстве, следует говорить об абилитации. У ребенка этого возраста еще не сформированы нормальный двигательный стереотип, гностикопрактические и речевые функции. Он не владеет навыками самообслуживания и не имеет опыта общественной жизни. В этом случае следует говорить о создании условий для адекватного возрастного формирования функций, умений и навыков, фактически это развитие новых функций и способностей, в чем и заключается главное отличие от реабилитации [6].

Традиционная цель реабилитации/абилитации состоит в том, чтобы улучшить развитие ребенка, основываясь на его сильных сторонах, возможностях и ресурсах [2, 3].

В современной реабилитологии важнейшим принципом реабилитации является ориентация на функциональные возможности ребенка, его собственную мотивацию к выздоровлению, перенос центра тяжести реабилитационного процесса в семью на основе выстраивания партнерства детей

и специалиста, родителей в достижении цели. В основе этого принципа лежит индивидуальный подход – помощь должна быть направлена на индивидуальные потребности того, кто ее принимает, согласована с самим ребенком (в доступной для его возраста форме) и его родителями. Сотрудничество с семьей ребенка, имеющего нарушения здоровья и ограничения жизнедеятельности, включение членов семьи и близкого окружения в реабилитационный процесс являются обязательным компонентом реабилитации, от которого во многом зависит успешность проводимых мероприятий [2, 3, 6].

Следует акцентировать внимание на том, что реабилитация должна включать медицинские, психолого-педагогические, социальные, а также физиотерапевтические методы и формы работы, направленные не только на максимально возможное выздоровление, но и на восстановление личности. В современной реабилитации широко используются традиционные физические и механические методы, рефлексотерапия и др. К современным методам медицинской реабилитации относятся эрготерапия, центральным звеном которой является активность пациента в имеющей смысл деятельности, физическая терапия (ее смысл в активном, целенаправленном движении, которое инициирует сам пациент), нейродиетология [2, 3, 6, 7]. В рамках восстановительной терапии рассматривается реконструктивная хирургия, прямой целью которой является восстановление функций органов, активно используются современные медикаментозные средства разных фармакологических групп [2, 3]. Выпадение любого из этих методов из программы реабилитации приводит к значимому ухудшению ее результата.

Достижение целей реабилитации возможно при четкой организации процесса и взаимодействии всех необходимых структур. Междисциплинарный подход и комплексность помощи наилучшим образом обеспечиваются технологией «ведущие случая», когда с ребенком работает команда специалистов (врач, социальный работник, педагог, психолог), которая совместно с родителями разрабатывает систему мероприятий, развивающих возможности ребенка и всей семьи, практикует очные

обсуждения в команде проблем ребенка и семьи, хода реабилитации. Программой реабилитации руководит один любой из перечисленных специалистов, который отслеживает и координирует реабилитационную программу (специалист-куратор). Этот же специалист обеспечивает при необходимости взаимодействие со всеми другими учреждениями, которые необходимы для реализации программы реабилитации. Он же проводит последующую координацию помощи и руководит «реабилитационной» командой [4]. Помощь при малейшей возможности должна оказываться в естественном окружении, то есть не в изолированных условиях, а по месту жительства, в семье [5].

Таким образом, современную реабилитацию необходимо рассматривать как междисциплинарный вид помощи. Это одна из самых прогрессивных форм организации медицинской помощи.

На территории Республики Беларусь междисциплинарный подход активно внедряется с конца 90-х годов. Технология предполагает участие специалистов разных направлений (медицинского, педагогического, психологического, социального и др.), владеющих специальными методами диагностики и реабилитации, в решении проблем, касающихся одного индивидуума. Междисциплинарный подход реализуется через командную форму организации труда. Участники междисциплинарной команды совместно обсуждают результаты своих наблюдений и исследований и составляют индивидуальную программу работы с ребенком и семьей в целом.

Особую актуальность метод приобретает в реабилитации детей раннего возраста (первые годы жизни) с церебральными нарушениями, сформировавшимися вследствие перинатального поражения ЦНС. Поражения нервной системы в этом возрасте проявляются психоэмоциональными, сенсомоторными, двигательными, вегетативными нарушениями, корректировать которые возможно только методами комплексной реабилитации. Комплексная реабилитация предполагает воздействие на организм в целом, на уровне организменном и социальном уровнях, то есть речь идет не о лечении (реабилитации) болезни, а о воздействии реабилитационными методами на организм в целом, на среду, в которой находится больной человек. Очень важно помнить, что для ребенка с ограниченными возможностями дом и семья являются местом постоянного пребывания и общения, а не больница с медицинским и педагогическим персоналом. Семью, ближайшее окружение ребенка необходимо считать участниками реабилитационной междисциплинарной команды. Именно они помогают реализовать одно из важнейших направлений комплексной реабилитации – социальную реабилитацию. Технологии, применяемые междисциплинарной командой, необходимо относить к сложным видам специализированной медицинской помощи. Эффективность технологий в детском возрасте оправдывает себя, несмотря на высокую стоимость.

В рамках доказательной медицины установлено, что традиционное для нашей страны растянутое

во времени медикаментозное лечение, даже в сочетании с физиотерапевтическими методами, не оказывает желаемого эффекта. Лечение должно носить характер комплексного одномоментного (курсового) восстановительного и развивающего с применением реабилитационных технологий, начиная с первых недель жизни.

Государственным учреждением «Брестский областной центр медицинской реабилитации для детей с психоневрологическими заболеваниями «Тонус» адаптирован и активно применяется междисциплинарный подход в комплексной реабилитации детей раннего возраста с церебральными нарушениями. Ключевыми моментами успешной и эффективной работы междисциплинарной бригады являются правильная установка долгосрочных и краткосрочных целей и командный подход. Для сохранения командного подхода важна позиция руководителя учреждения и руководителя команды, которые не должны допустить в равноценной по значимости группе людей разных специальностей психологического превосходства специалистов одного из направлений (медицины, психологии, педагогики, физической реабилитации и т. д.). Решение задачи оказания помощи детям с особенностями психофизического развития требует согласованности действий: специалист должен видеть общую цель и, имея четкое представление о своих профессиональных обязанностях, осознавать задачи работы специалиста, занятого в смежной области. Важно не замыкаться в рамках своей специфической компетенции, видеть проблемы ребенка и его семьи с позиций коллеги по команде.

Ребенок, поступающий в Центр на очередной курс интенсивной комплексной реабилитации, осматривается командой, в состав которой входят врачи: невролог, педиатр, ортопед-травматолог, офтальмолог; психолог, логопед. Очень важно, чтобы все специалисты имели специальную подготовку, опыт работы с детьми разных возрастов, в том числе с детьми с особенностями психофизического развития. Руководитель команды – врач-невролог. Осмотр проводится всеми специалистами в одном кабинете, что позволяет видеть ребенка в целом и принимать решение коллегиально.

Основные задачи междисциплинарной команды решаются в несколько этапов. На первом этапе проводится диагностика развития и составляется программа реабилитации. Необходимо выявить отклонения в развитии функциональных систем и установить степень церебральных нарушений, определить реабилитационный потенциал, ближайшую и отдаленную цель реабилитации, составить индивидуальную программу комплексной реабилитации.

На втором этапе к команде присоединяются специалисты, осуществляющие коррекционно-развивающую работу под контролем группы диагностического уровня. К ним относятся: инструкторы ЛФК и массажа, специалисты коррекционной педагогики (воспитатель, учитель-дефектолог), логопед, психотерапевт, иглотерапевт и другие. В основе коррекционных методик лежит нормаль-

ное развитие ребенка. Специалисты реализуют индивидуальную программу реабилитации ребенка, которая включает ЛФК, лечебный массаж, механотерапию, физиотерапевтическое лечение, иглорефлексотерапию, ортопедическую, психолого-педагогическую, логопедическую коррекцию, эрготерапию и другие методы, в течение 15-18 дней. Сокращение сроков пребывания повышает экономический эффект реабилитации, не снижая медицинской эффективности. Частота курсов реабилитации зависит от возраста ребенка и степени функциональных нарушений.

Третий этап – оценка эффективности работы, коррекция индивидуальной программы реабилитации, определение заданий на межкурсовый период. За время курса реабилитации каждая мама учится достаточно глубоко понимать и видеть проблемы своего ребенка. Она в равной степени со специалистами может оценить изменения, которые произошли в развитии ребенка, что необходимо учитывать при оценке эффективности реабилитации.

Заключение о результатах реабилитации делается на основании клинических, инструментальных, психологических обследований и наблюдений.

Мы считаем, что у детей первого года жизни нет необходимости дифференцировать степень улучшения состояния (значительное, незначительное, без перемен и т. д.), так как это может привести к нарушению принципов раннего вмешательства. Необходимо сохранить у родителей и у всех членов команды уверенность в положительном результате даже у детей с тяжелыми церебральными нарушениями. При повторном поступлении в центр ребенок продолжает реабилитацию с той же командой специалистов.

Таким образом, междисциплинарный подход позволяет параллельно, в отдельных случаях одновременно, проводить коррекционно-развивающие мероприятия, включить семью в процесс реабилитации ребенка. Междисциплинарный подход позволяет акцентировать внимание на всех нарушениях развития и максимально реализовать индивидуальный принцип реабилитации. Командный метод требует постоянного участия семьи в реабилитационном процессе, что формирует мотивацию у родителей и благоприятный психоэмоциональный климат в семье.

Однако при ведомственном разграничении трудно поддерживать необходимый стандарт качества реабилитационных услуг (медицинских, психолого-педагогических, социальных) во всем их многообразии. Так, несмотря на то, что в Республике Беларусь создана и развивается сеть центров, отделений, кабинетов для реабилитации детей, в том числе раннего возраста, школ и дошкольных учреждений, центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (ЦКРОиР), территориальных центров социального обслуживания населения (ТЦСОН), в большинстве организаций реализовать междисциплинарный подход в полной мере невозможно. Например, штатная структура организаций здравоохранения не в состоянии обес-

печить полный комплекс психолого-педагогических реабилитационных мероприятий из-за отсутствия специалистов, особенно в сельской местности.

В Брестской области данная проблема решена путем объединения ресурсных возможностей учреждений систем здравоохранения и образования и организации кабинетов раннего вмешательства (КРВ) на межведомственной основе, что позволяет обеспечить основные принципы реабилитации – комплексность и непрерывность.

Организация кабинетов раннего вмешательства на межведомственной основе позволяет в каждом регионе области организовать своевременную, комплексную и эффективную помощь детям с особенностями развития от рождения до 3-х лет. Межведомственные кабинеты являются новой формой сотрудничества медицинских учреждений, учреждений образования и социальной защиты. Центр тяжести ранней помощи в кабинетах ложится на терапевтические силы родителей, так как ранняя реабилитация, как правило, проходит амбулаторно. Неврологи, педиатры, детские психологи, логопеды, инструкторы по лечебной физкультуре, дефектологи и другие специалисты осуществляют подробную и многопрофильную диагностику и составляют реабилитационный маршрут и программу терапии под руководством лечащего врача-невролога. Лечащий врач является координатором реабилитационного процесса и составляет ИПР с учетом стадии формирования и течения болезни.

Обучение специалистов современным технологиям проводится в рамках международного сотрудничества между Брестским ОЦМР «Тонус» и Мюнхенской международной академией реабилитации. Более 10 лет на базе центра функционирует постоянно действующий обучающий семинар. Обучение проводится по схемам и методикам Мюнхенской международной академии реабилитации. Более 100 специалистов области обучены вопросам ранней диагностики и ранней реабилитации последствий поражения нервной системы в перинатальном периоде, вопросам реабилитации ДЦП и других инвалидизирующих болезней нервной системы.

Целенаправленная деятельность лечебно-профилактических организаций и подготовка специалистов по вопросам раннего вмешательства в регионе позволяют своевременно выявлять детей из группы высокого риска инвалидизирующих последствий поражений нервной системы и обеспечивать их квалифицированной помощью.

В настоящее время в Брестской области налажено эффективное взаимодействие и преемственность в работе учреждений здравоохранения, образования и социальной защиты. Много внимания уделяется работе с родителями.

Мы глубоко убеждены, что ранняя комплексная реабилитация на междисциплинарной межведомственной основе позволяет достичь положительных результатов, стабилизировать показатели течения болезни и является эффективным сред-

ством профилактики первичной детской инвалидности.

Создание системы реабилитации с разработкой нормативно-правовой базы, типизацией учреждений, оснащением их современной реабилитационной аппаратурой и оборудованием, стандартизацией услуг, определением критериев эффективности реабилитации, плановой подготовкой специалистов в области детской реабилитологии позволило бы решить многие проблемы.

Междисциплинарный межведомственный подход в реабилитации детей раннего возраста – шанс избежать или уменьшить степень тяжести детской инвалидности.

Литература

1. Бак А. Забота и уход / А. Бак, К. Грюневальд – СПб.: Институт раннего вмешательства, 2001.

2. Зелинская Д. И. Основы детской реабилитологии // Педиатрия – 2012. – Том 91. – № 3. – С. 16–20.

3. Зелинская Д. И. Инвалидность детского населения России / Д. И. Зелинская Р. Н. Терлецкая. – М.: Центр развития межсекторальных программ, 2008 – С. 135–160.

4. Лильин Е. Т. Детская реабилитология / Е. Т. Лильин, В. А. Доскин – М.: «Литерра», 2011.

5. Проблемы детской инвалидности в переходный период в странах ЦВЕ/СНГ и Балтии: доклад ЮНИСЕФ, 2005.

6. Современные технологии реабилитации в педиатрии // Под ред. Е. Т. Лильина – М., 2000, 2003, 2005; тт. 1, 2, 3.

7. Физическая терапия и эрготерапия как новые для России специальности. Современные подходы в реабилитации / Сост. Е. В. Ключкова. – СПб.: Изд-во «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства», 2003.



УДК 616.118: 616.9–008.19

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ, ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВЫЕ И КОММУНИКАТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

И. В. Дроздова, Ю. А. Гончар, В. В. Храмцова, А. Е. Голубева

ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины»

Психические изменения, наблюдающиеся при формировании и развитии артериальной гипертензии (АГ), изучены достаточно давно [1, 2, 5, 6, 8]. П. Е. Вишневский [5] выделил четыре состояния психических изменений у больных АГ: прегипертензивная (неврастеническая) фаза, и три препсихотические фазы – гипертензивная утомляемость и раздражительность; псевдоневрастенический синдром, эмоционально-двигательное торможение, эйфорическое состояние; и невротический, эпилептиформный, дистимический, сумеречный, делириозный, шизоформный синдромы. В дальнейшем, Е. С. Авербух [1] разделил психопатологические проявления при АГ на четыре следующие основные группы: невротические и психопатоподобные состояния (псевдоневрастенические, псевдофобические, псевдопсихопатические); аффективно-личностные и психотические состояния (тревожно-депрессивные, тревожно-бредовые, тревожно-экстатические); состояния нарушенного сознания (сумеречные, оглушенные, тревожные сновидения); состояния слабости (снижение личностных возможностей, лаку-

нарная деменция, амнестическая деменция, псевдопаралитическая деменция, постапоплектическая деменция, псевдосенильная деменция); смешанные (комбинированные) состояния. И. С. Еремеев [6] выделил четыре психопатоподобных варианта: чистый астенический; астенообсессивный; астенопихондрический; эксплозивный. При этом все исследователи сходятся во мнении, что диапазон нервно-психических расстройств у больных АГ достаточно широк: от легких астенических состояний до выраженных когнитивных расстройств [1, 8, 13].

Цель исследования – изучить интеллектуальные, эмоционально-волевые и коммуникативные особенности больных на разных стадиях артериальной гипертензии.

Материалы и методы

Ретроспективно были использованы материалы обследования 40 больных АГ 1-й и 2-й стадии, проводившегося в КРУ «НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И. М. Сеченова». На базе ГУ «Украинский государ-