

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ В СОСТОЯНИИ НАРУШЕННОГО СОЗНАНИЯ

Логопедическая работа с пациентами, имеющими нарушения сознания, – относительно новое и недостаточно разработанное направление в современной клинической логопедии. В статье представлена специфика, основное содержание логопедической работы с пациентами, имеющими нарушения сознания. В связи с расширением сферы логопедического воздействия становится актуальным вопрос о необходимости повышения уровня научно-практической подготовки как будущих, так и уже работающих в системе нейрореабилитации логопедов.

Ключевые слова: нейрореабилитация, логопед, речевая терапия, нарушение сознания, вегетативное состояние, состояние минимального сознания, трахеостомическая трубка, восстановление.

Zh. Paylozyan, A. Manukyan

THE MAIN CONTENT OF SPEECH THERAPY WITH PATIENTS IN A STATE OF IMPAIRED CONSCIOUSNESS

Speech therapy with patients with impaired consciousness is a relatively new and underdeveloped direction in clinical speech therapy. The article presents the specifics, the main content of speech therapy work with patients with impaired consciousness. In connection with the expansion of the sphere of speech therapy, the question of the need to increase the level of scientific and practical training of both pre-service and in-service speech therapists working in the neurorehabilitation system become urgent.

Keywords: neurorehabilitation, speech/language pathologist, speech therapy, disturbances of consciousness, vegetative state, minimally conscious state, tracheostomy tube, rehabilitation.

Одним из аспектов работы клинического логопеда является реабилитация пациентов с органическими поражениями головного мозга.

Говоря о логопедической работе в системе нейрореабилитации, мы прежде всего подразумеваем оказание помощи при афазии и дизартрии. Однако в наши дни отмечается расширение сферы логопедического воздействия: речевая терапия также проводится при дисфагии, нейродегенеративных заболеваниях, при состояниях нарушенного сознания и др.

Наиболее распространенными последствиями органических поражений головного мозга являются нарушения двигательной сферы, глотания, речи, когнитивных функций, эмоционально-личностные расстройства. Проводимые в подобных случаях лечебно-восстановительные мероприятия предполагают вербальный контакт специалистов различного профиля (врачей, психологов, логопедов, эрготерапевтов и др.) с пациентами. Однако существует категория пациентов, у которых после повреждения головного мозга отмечаются нарушения сознания различной степени тяжести, вследствие чего вербальный контакт с ними крайне затруднен или невозможен.

Сознание, являясь свойством функционирующей нервной системы, включает в себя процессы бодрствования, активности, внимания, памяти, речи, интеллекта, самосознания и т. д. [2]. В клинической практике выделяют острые и хронические нарушения сознания. Острые нарушения (оглушение, сопор, кома) развиваются непосредственно после повреждения структур головного мозга, обеспечивающих функционирование сознания, в частности, структур ретикулярной формации, таламуса, белого вещества или коры больших полушарий. К хроническим нарушениям относятся вегетативное состояние и состояние минимального сознания, которые могут длиться несколько месяцев или лет.

Вегетативное состояние характеризуется полным отсутствием у бодрствующего пациента признаков целенаправленного поведения, т. е. осознания собственной личности и окружающей действительности. Состояние минимального сознания сопровождается тяжелым его нарушением, при котором тем не менее отмечаются минимальные и, как правило, нестойкие, но отчетливые признаки целенаправленного поведения: слежение глазами за окружающими, адекватные эмоции или движения в ответ на соответствующие внешние стимулы или слова, а в дальнейшем, на более высоком уровне осознания, выполнение инструкций, понимание обращенной речи и возможность отвечать «да» или «нет» с помощью жестов или слов [1].

Для обеспечения высокой эффективности нейрореабилитации пациентов с нарушениями сознания необходимо максимально раннее начало проведения комплексных медико-психолого-педагогических реабилитационных мероприятий (в том числе и логопедической терапии), их непрерывность, интенсивность, оптимальная длительность; дифференцированное применение программ восстановительного обучения; включение в реабилитационный процесс членов семьи пациента [1]. В данном контексте логопедическая работа, с одной стороны, выступает как самостоятельная система, а с другой – является подсистемой комплексного медико-психолого-педагогического воздействия.

С 2018 года в реабилитационном центре «Защитник Отечества» Республики Армения проводится логопедическая работа с пациентами, имеющими хронические нарушения сознания. Это относительно новое и пока еще недостаточно разработанное направление речевой терапии имеет выраженную специфику.

Логопедическая работа с пациентами с нарушениями сознания различной степени тяжести начинается с обследования (совместно с врачом-нейрореабилитологом) с целью оценки состояния сознания, ранней диагностики имеющихся нарушений высших психических функций, выявления реабилитационного потенциала пациента, составления логопедической программы и проведения занятий.

Наличие у пациентов с хроническими нарушениями сознания трахеостомической трубки предполагает следующие действия логопеда: исследование полости рта, зубов и десен пациента, пальпацию регионарных лимфоузлов, определение чувствительности слизистой гортаноглотки, мониторинг реакции на трахеостомическую трубку, а также реакции надманжеточного пространства

на санацию трахеи, контроль над скоплением в надманжеточном пространстве слюны и мокроты, оценку состояния глоточного рефлекса, а также обследование строения и мышечного тонуса артикуляционного аппарата [3].

Важным и ответственным аспектом логопедической работы является обеспечение гигиены трахеостомической трубки и ее поэтапное удаление. С этой целью пациент под контролем логопеда выполняет комплекс упражнений, способствующих восстановлению глотательного рефлекса, а также дыхательные упражнения, направленные на восстановление носового вдоха и выдоха. Параллельно с этим логопед с помощью специальных насадок постепенно уменьшает диаметр отверстия трахеостомической трубки вплоть до полного отказа от нее. Эта процедура проводится под скрупулезным наблюдением со стороны логопеда, врачей и среднего медперсонала. На начальной стадии отверстие закрывается на 12 часов в течение дня, впоследствии – на 24 часа и дольше, что в конечном итоге делает возможным переход пациента на самостоятельное дыхание. В процессе этой работы, которая в среднем длится от 1–2 недель до 2–3 месяцев, логопед во время каждого занятия контролирует артериальное давление, пульс, сатурацию и другие жизненно важные гемодинамические показатели пациента. Очень важно определить оптимальную позу больного, чтобы исключить трудности с дыханием. Ко времени полного отказа от трахеостомической трубки пациент должен уметь самостоятельно кашлять и очищать трахею от мокроты без отсоса.

По мере восстановления психической деятельности пациента логопедическая терапия проходит этапы пассивного, пассивно-активного и активного воздействия.

На начальном этапе логопедическая работа с пациентами в состоянии нарушенного сознания прежде всего носит стимулирующий характер. Задачами пассивного воздействия являются активизация работы обонятельного, вкусового, слухового, тактильного, зрительного анализаторов с применением различных видов терапии (цветовой, водной, термической, ароматической, вкусовой); массаж мимической мускулатуры; проведение упражнений, стимулирующих работу жевательных мышц и мышц, участвующих в акте глотания; пассивные дыхательные упражнения. Пассивные движения нужно производить плавно, медленно, с постепенным увеличением нагрузки. Оказываемая логопедом механическая помощь по мере улучшения состояния пациента постепенно сокращается. Активизация тактильных, слуховых, зрительных, вкусовых, обонятельных, эмоциональных и других стимулов проводится на фоне вербальной стимуляции: обращений к пациенту, комментирования производимых действий, бесед и др.

Пассивно-активное и активное воздействие предполагает решение задач в зависимости от состояния больного. В процессе работы логопед обязательно вербализирует, комментирует все свои действия, проговаривает инструкции, стремясь наладить общение и установить визуальный контакт с пациентом.

Помимо восстановления самостоятельного дыхания, глотания и реабилитации речи логопед осуществляет работу по восстановлению когнитивных функций у пациентов. Термин «когнитивные расстройства» является собира-

тельным и указывает на общее снижение познавательных способностей при различных поражениях головного мозга, приводящее к изменению функционального статуса пациента [2]. Мы убедились на практике, что восстановлению когнитивных функций способствуют интенсивная речевая терапия и сотрудничество логопеда с клиническим психологом.

Логопедическую терапию целесообразно проводить ежедневно, до проведения каких-либо других лечебно-восстановительных процедур. Длительность занятий колеблется от 20 до 60 минут в зависимости от состояния пациента, этапа логопедической работы и пр. Речевая терапия не проводится в случаях, когда самочувствие пациента ухудшается (повышение температуры тела, пониженное или повышенное артериальное давление, судорожный припадок и пр.).

Работа клинического логопеда направлена на содействие пациенту в состоянии нарушенного сознания в использовании средств экстралингвистической, невербальной, а не только вербальной коммуникации для общения с внешним миром. Одним из важнейших направлений логопедической работы является взаимодействие с ближайшим окружением пациента со сниженным уровнем сознания. Близкие люди, привычная микросоциальная среда – наилучшие стимулы для восстановления. В связи с этим важно:

- разъяснить родственникам специфику нарушения сознания близкого им человека;
- обеспечить родственников пациентов адекватной информацией относительно его состояния, динамики и прогноза восстановления;
- вовлечь родственников в процесс логопедической терапии, носящей главным образом поддерживающий характер, обучая их приемам сенсомоторной и вербальной стимуляции близкого человека;
- помочь избежать наиболее часто допускаемых в процессе общения с пациентом ошибок (отсутствие вербального общения с ним, гиперопека и др.);
- содействовать выработке адекватных поведенческих и эмоциональных стратегий во взаимодействии с пациентом.

В заключение следует констатировать, что восстановительная терапия пациентов со сниженным состоянием сознания требует пересмотра содержания и объема логопедической работы, проводимой в системе нейрореабилитации, адаптации классических и разработки новых методов и стратегий логопедического воздействия. Логопедическая терапия с пациентами, находящимися в состоянии нарушенного сознания, проводится в тесном сотрудничестве с другими специалистами междисциплинарной реабилитационной команды (нейрореабилитолог, психолог, кинезитерапевт и др.). Логопеды, работающие в учреждениях здравоохранения, порой испытывают нехватку медицинских знаний, от их взгляда нередко ускользают различные неврологические, психопатологические и другие клинические симптомы. В связи с этим представляется актуальным вопрос о необходимости повышения уровня научно-практической медицинской и специализированной профессиональной подго-

товки как будущих, так и уже работающих в системе нейрореабилитации логопедов.

Список литературы

1. Мументалер, М. Дифференциальный диагноз в неврологии / М. Мументалер, К. Баскетти, К. Дэтвайлер. – М. : МЕДпресс, 2017. – 420 с.
2. Нейропсихологическая диагностика и нейропсихологическая реабилитация пациентов, находящихся в сниженных состояниях сознания после повреждения головного мозга. Клинические рекомендации / Т. В. Ахутина, Н. А. Варако, В. Григорьева [и др.]. – Москва : Союз реабилитологов России, 2014. – 50 с.
3. Niemeier, J. P. Therapists' Guide to Overcoming Grief and Loss After Brain Injury / J. P. Niemeier, R. L. Karol. – USA : Oxford University Press, 2010.