

<https://doi.org/10.36425/rehab108425>

Логопедическая реабилитация пациентов с афазией в условиях реанимации

О.С. Поликарпова

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии», Москва, Российская Федерация

На клиническом примере показана связующая роль логопеда в коммуникации между врачами и пациентами с тяжелыми повреждениями головного мозга. Индивидуальный подход к оказанию логопедической помощи пациентам, находящимся в отделениях реанимации, значительно повышает эффективность реабилитации.

Ключевые слова: реабилитация; нарушение сознания; пациенты с тяжелыми повреждениями головного мозга; мультидисциплинарная реабилитационная команда; логопедическая помощь, афазия.

Для цитирования: Поликарпова О.С. Логопедическая реабилитация пациентов с афазией в условиях реанимации. *Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация*. 2022;4(2):125–127. DOI: <https://doi.org/10.36425/rehab108425>

Поступила: 21.05.2022 **Принята:** 01.06.2022 **Опубликована:** 28.06.2022

Speech Therapy Rehabilitation of Patients with Aphasia in Intensive Care

O.S. Polikarpova

Federal Scientific and Clinical Center of Reanimatology and Rehabilitology, Moscow, Russian Federation

A clinical example shows the role of a speech therapist in communication between doctors and patients with severe brain damage. An individual approach to the provision of speech therapy to patients in intensive care units significantly increases the effectiveness of rehabilitation.

Keywords: rehabilitation; impaired consciousness; patients with severe brain injuries; multidisciplinary rehabilitation team; speech therapy, aphasia.

For citation: Polikarpova OS. Speech Therapy Rehabilitation of Patients with Aphasia in Intensive Care. *Physical and rehabilitation medicine, medical rehabilitation*. 2022;4(2):125–127. DOI: <https://doi.org/10.36425/rehab108425>

Received: 21.05.2022 **Accepted:** 01.06.2022 **Published:** 28.06.2022

Введение

Тяжелые повреждения головного мозга приводят к потере профессиональных навыков и трудоспособности (80%), инвалидности (50%), причем из года в год эти цифры только увеличиваются. По прошествии последних двух лет их рост обусловлен в том числе новой коронавирусной инфекцией COVID-19, последствия которой нередко приводят к острым нарушениям мозгового

кровообращения. Тяжелое поражение головного мозга с исходом в низкий уровень сознания часто сочетается с бульбарными и псевдобульбарными нарушениями, в результате которых возникают дисфагия и речевые расстройства (афазия, дизартрия, дисфония и др.). Наличие у пациентов речевых нарушений, в частности афазии, существенно затрудняет определение уровня сознания и приводит к ложной диагностике вегетативно-

го статуса и состояния минимального сознания плюс/минус [1].

В Федеральном научно-клиническом центре реаниматологии и реабилитологии (ФНКЦ РР) логопед как специалист по восстановлению функции глотания и речи обязательно входит в состав мультидисциплинарной реабилитационной команды. Для обеспечения полноценного взаимодействия в структуре единой мультидисциплинарной реабилитационной команды логопеду отводится важная роль. Именно логопед разъясняет другим специалистам, какие коммуникативные стратегии лучше всего подойдут для взаимодействия с пациентом [2].

Речь — важнейшая высшая психическая функция, которая организует и связывает другие психические процессы, такие как восприятие, память, мышление, воображение, произвольное внимание. Для нормальной речевой деятельности необходимо согласованное функционирование головного мозга и других отделов нервной системы. В осуществлении речевой функции, а также письма и чтения принимают участие зрительный, слуховой, двигательный и кинестетический анализаторы. Сложность речевых механизмов обуславливает и разнообразие речевых нарушений [3]. Наиболее распространенной у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения является афазия — системное приобретенное расстройство уже сформировавшейся речи, возникающее при органических повреждениях коры больших полушарий головного мозга.

Работая с такими пациентами, врачи часто сталкиваются с определенными трудностями. Пациент при наличии сенсорной афазии не выполняет инструкции не потому, что не может взаимодействовать с окружающим миром, а потому что не различает звуков, не понимает значения слов и смысла предложений. Собственная речевая продукция также может отсутствовать в результате моторной афазии, апраксии или выраженных бульбарных или псевдобульбарных нарушений [1]. Приведем пример из практики.

Клинический пример

Пациент М., 65 лет, военный, с последствиями инфаркта головного мозга, синдромом левой средней мозговой артерии был переведен в отделение реанимации ФНКЦ РР из другого учреждения, где его неврологический статус был определен как «синдром малого сознания». После проведенного обследования в нашем центре специалистами мультидисциплинарной реабилитационной команды этот статус был изменен на «ясное сознание», а логопедом добавлен диагноз сенсомоторной афазии грубой степени выраженности.

Курс лечения пациента составил 36 дней, после чего он был выписан домой со значительной положительной динамикой (расширился объем понимания обращенной речи, частично восстановлено чтение и письмо, появилась фразовая речь, восстановлена коммуникативная функция речи). Пациент мог выражать свои мысли и объяснять происходящее вокруг. Перед выпиской в процессе одного из последних занятий пациент поделился своими эмоциями и впечатлениями о происходящих событиях вокруг него в момент грубых речевых нарушений. Он видел врачей, которые разговаривают с ним, но совсем не понимал, о чем его спрашивают. Был уверен, что находится в плену, в госпитале арабского государства, а к нему обращаются люди в белых халатах на иностранном языке, которого он не знает.

Этот пример свидетельствует о том, что вербальный контакт с такими пациентами может быть затруднен, поэтому необходимо выполнить ряд рекомендаций для точного определения уровня сознания:

- одна и та же инструкция должна быть предъявлена неоднократно;
- инструкции должны подаваться не только в речевой, но и в письменной форме, с использованием жестов, рисунков;
- для команд следует использовать наиболее короткие фразы, содержащие простые, наиболее употребляемые слова.

Кроме того, важно предлагать пациенту выполнять разные инструкции (закрыть глаза, сжать руку, показать язык, и т.д.). В ряде случаев убедиться в более высоком уровне сознания у таких пациентов помогает наблюдение за их спонтанной активностью: появление целенаправленных действий, попыток к речи, осознанных манипуляций с предметами [1].

После стабилизации жизненно важных функций пациент начинает оценивать свое состояние: тяжесть речевого нарушения, ограничение самостоятельного передвижения, нарушение функции глотания, социально-бытовую некомпетентность. Все это вместе с неверием в возможность возвращения к нормальной жизни приводит к появлению тяжелых невротических состояний, а также целому ряду других психических расстройств, которые и являются причиной социальной депривации [4].

Заключение

Роль логопеда в реабилитации пациентов с тяжелыми повреждениями головного мозга важна. Применяемый в ФНКЦ РР индивидуальный подход

в виде логопедической помощи пациентам, находящимся в отделениях реанимации, значительно повышает эффективность реабилитации.

Дополнительная информация

Источник финансирования

Поисково-аналитическая работа проведена на личные средства автора.

Funding source

This study was not supported by any external sources of funding.

Конфликт интересов

Автор данной статьи подтвердил отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов

Автор подтверждает соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Author contribution

Authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Список литературы / References

1. Александрова Е.В., Тенедиева В.Д., Потапов А.А. Посттравматические бессознательные состояния (фундаментальные и клинические аспекты). Сборник. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. С. 306–337. [Alexandrova EV, Tenedieva VD, Potapov AA. Posttraumatic unconscious states (fundamental and clinical aspects). Collection. Moscow: GEOTAR-Media; 2015. P. 306–337. (In Russ).]
2. Камаева О.В., Буракова З.Ф., Зычкова О.Б., и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных. Методическое пособие / под ред. А.А. Скоромца. Санкт-Петербург, 2003. 34 с. [Kamaeva OV, Burakova ZF, Zychkova OB, et al. Multidisciplinary approach in the management and early rehabilitation of neurological patients. Methodical manual. Ed. by A.A. Skoromets. Saint Petersburg; 2003. 34 p. (In Russ).]
3. Бадалян Л.О. Детская неврология. Учебник. 3-е изд., перераб. и доп. Москва: Медицина, 1984. 576 с. [Badalyan LO. Pediatric neurology. Textbook. 3rd ed., revised and exp. Moscow: Medicine; 1984. 576 p. (In Russ).]
4. Цветкова Л.С., Глозман Ж.М., Калита Н.Г., и др. Социально-психологический аспект реабилитации больных с афазией. Москва: Изд-во МГУ, 1980. 82 с. [Tsvetkova LS, Glozman JM, Kalita NG, et al. Socio-psychological aspect of rehabilitation of patients with aphasia. Moscow: Lomonosov Moscow State University Publishing House; 1980. 82 p. (In Russ).]

Информация об авторе

Поликарпова Олеся Сергеевна [Olesia S. Polikarpova], логопед; адрес: Россия, 141534, Московская область, Солнечногорский район, д. Лыткино,

д. 777 [address: 777 Lytkino village, Solnechnogorsky district, Moscow region, 141534, Russia]; e-mail: olesiapolikarpova@gmail.com, SPIN-код: 5444-7428