

Святская Е.Ф., Сикорская И.С., Войченко Н.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет» г. Минск, Беларусь

СТРАТЕГИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Введение. С позиции биopsихосоциальной модели медицины и оценки пациента по Международной классификации функционирования ограничения жизнедеятельности и здоровья когнитивные нарушения (КН) можно расценить не только как нарушение функции, но и как ограничение активности и участия. Так, нарушения, вызванные непосредственно поражением головного мозга или длительной гипоперфузией, которая вызвана сердечной недостаточностью, следует рассматривать как проявление нарушенных функций. Однако, с другой стороны, стресс, диаэз, переутомление могут быть причиной ограничений когнитивных процессов как активности и участия. С позиции реабилитации важно разделять данные состояния, поскольку тактика в подобной ситуации может быть разной. В случае, когда когнитивные процессы нарушены как функции – следует использовать тренинги и приемы для восстановления когниции. Однако если когнитивные ограничения вызваны особенностью клинической ситуации, стрессом, низким или высоким артериальным давлением, переутомлением, то в данной ситуации реабилитационные вмешательства следует направить на работу с состояниями, которые не позволяют пациенту в полной мере использовать когнитивные функции (КФ). У пожилых людей имеет место сочетание как нарушений КФ, так и ограничение активности и участия. Соответственно, **когнитивная реабилитация** таких пациентов рассматривается как «систематически применяемый комплекс лечебных воздействий, направленный на улучшение когнитивных функций и повышение возможности участия пациента в деятельности, ограниченной из-за расстройств в одной или более когнитивных сферах» (D.I. Katz, 2008).

Принципы когнитивной реабилитации:

- постановка конкретных, важных для пациента, достижимых, определенных во времени и измеримых целей реабилитации;
- дифференциация задач, методов и форм реабилитационной помощи в зависимости от стадии восстановления и состояния пациента (от простого к сложному, от мономодальных к мультимодальным видам сенсорной стимуляции, от восстановления функции к компенсации когнитивного дефицита);
- опора на сохранные КФ при восстановительных тренировках и восстановительном обучении в начальном периоде восстановления;
- постепенное увеличение длительности, сложности, интенсивности когнитивных нагрузок;
- индивидуальный подход;
- многократность тренировок;
- стимуляция положительных эмоций и повышение самооценки;
- формирование терапевтического альянса с пациентом;
- мотивирование пациента к активному участию в реабилитации;
- мультидисциплинарный подход (невролог, реабилитолог, нейропсихолог, логопед, медицинская сестра, инструктор-методист физической реабилитации, эрготерапевт и др.);
- объединение усилий реабилитационной бригады и родственников;
- оценка эффективности реабилитационного процесса, выработка рекомендаций для пациента.

Одним из главных направлений реабилитации пациентов с КН является правильное общение с пациентами и их родственниками. Этим правилам следует обучить всех сотрудников, принимающих участие в реабилитационном процессе.

Стратегии когнитивной реабилитации.

1. Содействие естественному восстановлению психических функций:

А) Фармакотерапия (препараты из группы нейропротекторов, ингибиторы центральной ацетилхолинэстеразы, обратимый блокатор N-метил-Даспартат-рецепторов, препараты, увеличивающие содержание серотонина и дофамина).

Б) Сенсорная и сенсомоторная стимуляция – осознание пациентом происходящих с ним и вокруг него событий, улучшение его ориентации в месте, времени и собственной личности. Сенсорная и сенсомоторная стимуляция реализуются в процессе сестринского ухода, кормления, мероприятий по восстановлению двигательных функций, постепенной активации пациента, вовлечения его в индивидуально подобранные виды деятельности.

2. Восстановительные тренировки отдельных когнитивных функций и «реобучение» прежним повседневным навыкам, с подкреплением, усилением, восстановлением ранее заученных способов познавательной деятельности:

- дозированное предъявление пациенту самых простых, однокомпонентных заданий;
- вовлечение пациента в простые, но интересные для него упражнения (например, реминисцентная терапия);
- постепенное усложнение заданий и увеличение их объема;
- интегративно-функциональные тренировки, требующие участия нескольких когнитивных компонентов (восприятие, внимание, память и пр.), максимально приближенные к повседневной реальности и способствующие повышению независимости пациента от посторонней помощи;
- предоставление положительной обратной связи и поощрение достигаемых пациентом даже самых небольших успехов.

3. Стратегии внутренней компенсации нарушений отдельных когнитивных функций и интегрально-поведенческих навыков, с формированием новых стереотипов познавательной и поведенческой активности.

Данные стратегии представляют собой преднамеренный, самоинициируемый порядок действий, позволяющий достичь желаемой цели, реализация которой иным способом затруднена из-за имеющихся функциональных расстройств:

- простые модификации поведения (например, обращение к собеседнику с просьбой говорить медленнее);
- мысленные самоинструкции (например, «будь внимательнее!», «не спеши!»);
- сложные когнитивно-поведенческие стратегии, облегчающие переработку информации при ее запоминании;
- постепенное увеличение длительности, сложности и интенсивности когнитивных нагрузок и их многократность;
- стратегия «усиленного запоминания»:
 - ✓ сознательная концентрация внимания на запоминаемой информации;
 - ✓ изоляция от внешних помех;
 - ✓ повторение запоминаемой информации;
 - ✓ мысленное повторение действий или пройденного пути («остановись – подумай – вспомни действие»);
 - ✓ реальное повторение действий (отработка навыка до уровня автоматизма).

4. Использование внешних компенсаторных устройств и посторонней помощи:

- записные книжки, ежедневники, напоминающие записи, визуальные подсказки;
- таблетницы цветные или с надписями;

- микрокомпьютерные устройства (электронный органайзер, электронные диктофоны, голосовой органайзер).

Чтобы использовать компенсаторные стратегии, как внутренние, так и внешние, пациенту требуется интенсивная практика. Важно не просто дать совет пациенту, а побудить его приобрести и закрепить новые навыки.

Компенсаторные стратегии используются и для компенсации отдельных когнитивных функций, и для восстановления интегральных навыков повседневной активности.

5. Реорганизация и структурирование внешней среды с формированием новых стереотипов активности:

- физическое окружение (перепланировка помещений, перестановка и реконструкция мебели и т.д.);
- ориентация на реальность (меловая доска с датой, установление четкого режима дня и расписания приемов пищи и терапевтических процедур, большие календарные часы на стене, таблички с названиями предметов на которые они наклеены и пр.);
- организация работы медицинского персонала в отделении (замедление речи и уменьшение объема передаваемой пациенту информации, увеличение времени на общение с пациентом);
- избегать просмотра телевизора с «бездумным» переключением каналов – смотреть короткие законченные фрагменты или целые фильмы и передачи.

6. Содействие психологической адаптации личности к неустранимому и некомпенсируемому когнитивному дефициту для улучшения качества жизни пациента.

Заключение. Высокую эффективность восстановления КФ показало комбинированное применение ритмической транскраниальной магнитной стимуляции, восстановительных нейрокогнитивных тренингов и «реобучения» прежним повседневным навыкам с формированием новых стереотипов познавательной и поведенческой активности.

Выбор стратегий когнитивной реабилитации и их комбинация зависят от тяжести когнитивного дефекта и стадии когнитивного восстановления после острого повреждения головного мозга.