

The specificities of restoration of mental activity in patients after severe traumatic brain injury at the stage of confusion syndromes

O. V. Kulyk

Scientific and practical center of neuro-rehabilitation "Nodus"

Abstract

The scientific work is based on the results of diagnostics, rehabilitation and restorative treatment of 220 patients with post-coma long-term consciousness disorders after severe traumatic brain injury.

Having considered separately each stage of confusion syndromes and analyzed the individual rehabilitation programs (IRP), process and rehabilitation of patients on these stages, it became apparent that the real difference and fundamentally new problems in terms of physical medical rehabilitation (including ergotherapy) among patients at stages 6A, 6B, 6C were not determined. The main attention is paid to the actual topic of mental activity restoration at the stage of confusion in line with the stages of classification according to Dobrokhotova T. A. in the course of the rehabilitation route. These are the features of the reintegration of reactions and psychopathological manifestations at each of the stages (6A, 6B, 6C). The differences identified during the studies that separated the stage from the stage during the rehabilitation route concerned only the methods of speech therapy and psycho-neurological correction. Even analysis of those cases (66 patients remained at the stages of confusion and during the study period did not pass to the seventh stage of post-coma consciousness transition syndromes) indicates that patients in their groups at stages 6A, 6B, 6C had almost identical (with individual fluctuations) physical capabilities, social skills, similar in basic features neurological status, but differed in the results of mental (intellectual-mnemonic) functions restoration. Although further, during migration from stage to stage of syndromes of consciousness reintegration the emergence of new physical skills was observed and the consolidation of previous achievements occurred, but nevertheless, the tasks and methods introduced by us aimed at improving the language and higher cortical functions, through which the social activity of patients grew, came to the fore.

Neuropsychiatric correction had an integrated approach: the reintegration of basic reflexes and basic perinatal senses had a significant impact on the process of consciousness recovery, neuro-sensory correction, including neuro-sensory stimulation, was aimed at restoring the perception zone, differentiation of stimuli, differentiation of responses to sensory impact, introduction of kinesthetic praxis exercises, psycho-gymnastics, passive neurodynamic correction, etc. allowed to improve internally hemispheric and interhemispheric integration. For the first time it was recorded that the restoration of mental activity occurred faster than obtaining some new kinetic or locomotor skills. The patient was already reaching the stage of amnesic confusion (6C-ACC), but he continued to work in the apparatus of functional therapy of the hand over problems established at the stage of confusion with aspontaneity (6A-ATP with A). It was determined the importance of using adequate psychopharmacocorrection at each of the stages of consciousness restoration depending on the clinical manifestations, the main syndromes and the dynamics of psycho-emotional reactions.

Keywords: psychotherapy, cognitive-behavioral therapy, traumatic brain injury, post-coma disturbance of consciousness, psychopharmacocorrection, psycho-rehabilitation, neuropsychiatry, neuropsychological rehabilitation, reintegration of consciousness, higher mental functions, sensory neural correction, psychostimulotherapy, neurodynamic correction, neurointegration.

УДК: 616.89.004.67: 616.831-001-36.17: 616.8-009.83

ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ТЯЖКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ НА СТАДІЇ СИНДРОМІВ СПЛУТАНОЇ СВІДОМОСТІ

О. В. Кулик

Науково-практичний центр нейрореабілітації «Нодус»

Резюме

В основу наукової праці покладено результати діагностики, реабілітації та відновного лікування 220-ти хворих з посткоматозними тривалими розладами свідомості після тяжкої ЧМТ.

Детально розглянувши окремо кожну стадію синдромів сплутаної свідомості і проаналізувавши індивідуальні програми реабілітації (ІПР), процес та результати реабілітації

пацієнтів на цих, стадіях стало очевидним, що достеменною різниці та принципово нових завдань в частині фізичної медичної реабілітації (включаючи ерготерапію) між пацієнтами на стадіях 6А, 6Б, 6В не встановлено.

Головна увага приділяється актуальній темі відновлення психічної діяльності на стадії сплутаної свідомості відповідно до стадій класифікації Доброхотової Т.А. в ході реабілітаційного маршруту. А саме — особливостям реінтеграції реакцій та психопатологічним проявам на кожній зі стадій (6А, 6Б, 6В).

Виявлені в ході досліджень відмінності, які відділяли стадію від стадії в продовж реабілітаційного маршруту, стосувалися виключно методик логопедичної допомоги та психоневрологічного корегування. Навіть аналіз тих випадків (66 пацієнтів, які залишилися на стадіях сплутаної свідомості і в продовж періоду дослідження не перейшли до 7-ої стадії перехідних синдромів посткоматозної свідомості вказує на те, що пацієнти в межах своїх груп на стадіях 6А, 6Б, 6В мали майже однакові (з індивідуальними коливаннями) фізичні можливості, соціальні навички, схожий за основними рисами неврологічний статус, проте відрізнялися за результатами відновлення психічних (інтелектуально-мнестичних) функцій.

Хоча далі, в продовж міграції від стадії до стадії синдромів реінтеграції свідомості, спостерігалася поява нових фізичних навичок та відбувалося закріплення попередніх досягнень, але на перший план виступали, все ж таки, впроваджені нами завдання і методики, спрямовані на покращання мови та вищих коркових функцій, через які зростала соціальна активність пацієнтів.

Нейропсихіатрична корекція мала комплексний підхід: реінтеграція базових рефлексів і базових перинатальних відчуттів мали суттєвий вплив в процесі відновлення свідомості, нейро-сенсорна корекція, в тому числі нейро-сенсорна стимуляція, була спрямована на відновлення зони сприйняття, диференціації подразників, розмежування реакцій на сенсорний вплив, впровадження вправ кінестетичного праксису, психогімнастики, пасивна нейродинамічна корекція тощо дали можливість покращити внутрішньо-півкульну та міжпівкульну інтеграцію.

Вперше було зафіксовано, що відновлення психічної діяльності відбувалося швидше, а ніж здобування якихось нових кінетичних чи локомоторних вмінь. Пацієнт вже досягав стадії амнестичної сплутаності свідомості (6В-АСС), однак продовжував працювати в апараті функціональної терапії руки, над завданнями, встановленими ще на стадії сплутаності свідомості з аспонтанністю (6А-СПС з А).

Було встановлено важливість застосування адекватної психофармакокорекції на кожній зі стадій відновлення свідомості в залежності від клінічних проявів, основних синдромів та динаміки психо-емоційних реакцій.

Ключові слова: Психотерапія, когнітивно-поведінкова терапія, черепно-мозкова травма, посткоматозні порушення свідомості, психофармакокорекція, психореабілітація, нейропсихіатрія, нейропсихологічна реабілітація, реінтеграція свідомості, вищі психічні функції, нейросенсорна корекція, психостимулотерапія, нейродинамічна корекція, нейроінтеграція.

ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ НА СТАДИИ СИНДРОМОВ СПУТАННОСТЬ СОЗНАНИЯ

А. В. Кулик

Научно-практический центр нейрореабилитации «Нодус»

Резюме

В основу научной работы положены результаты диагностики, реабилитации и восстановительного лечения 220-ти больных с посткоматозными длительными расстройствами сознания после тяжелой ЧМТ.

Подробное рассмотрение отдельно каждой стадии синдромов спутанности сознания и анализ индивидуальных программ реабилитации (ИПР), процессов и результатов реабилитации пациентов на этих стадиях показало, что различий и принципиально новых задач в части физической медицинской реабилитации (включая Эрготерапию) между пациентами на стадиях 6А, 6Б, 6В не установлено.

Главное внимание уделяется актуальной теме восстановления психической деятельности на стадии спутанности сознания в соответствии со стадиями классификации Доброхотовой Т.А. в ходе реабилитационного маршрута, а именно — особенностям реинтеграции реакций и психопатологических проявлений на каждой из стадий (6А, 6Б, 6В).

Выявленные в ходе исследований различия, которые отделяли стадию от стадии в течение реабилитационного маршрута, касались исключительно методик логопедической помощи и психоневрологической корректировки. Даже 66 пациентов, оставшиеся на стадиях спутанности сознания и в течение периода исследования не перешедших к седьмой стадии переходных синдромов посткоматозного сознания в своих группах на стадиях 6А, 6Б, 6В имели почти одинаковые (с индивидуальными колебаниями) физические возможности, социальные навыки, похожий по основным чертам неврологический статус, однако

отличались по результатам восстановления психических (интеллектуально-мнестических) функций.

Хотя дальше, в течение миграции от стадии к стадии синдромов реинтеграции сознания, наблюдалось появление новых физических навыков и происходило закрепление предыдущих достижений, но на первый план выступали, все же, внедренные нами задачи и методики, направленные на улучшение языка и высших мозговых функций, благодаря которым росла социальная активность пациентов.

Нейропсихиатрическая коррекция проводилась комплексно: реинтеграция базовых рефлексов и базовых перинатальных ощущений имели существенное влияние в процессе восстановления сознания, нейро-сенсорная коррекция, в том числе нейро-сенсорная стимуляция, была направлена на восстановление зоны восприятия, дифференциации раздражителей, разграничение реакций на сенсорное влияние, внедрение упражнений кинестетического праксиса, психогимнастика, пассивная нейродинамическими коррекция и т.д. позволили улучшить внутрислоушарную и межполушарную интеграцию.

Впервые было зафиксировано, что восстановление психической деятельности происходило быстрее, нежели получение каких-то новых кинетических или локомоторных умений. Пациент уже достигал стадии амнестической спутанности сознания (6В-АСС), однако продолжал работать в аппарате функциональной терапии руки над задачами, установленными еще на стадии спутанности сознания с аспонтанностью (6А-СПС с А).

Была установлена важность применения адекватной психофармакокоррекции на каждой из стадий восстановления сознания в зависимости от клинических проявлений, основных синдромов и динамики психо-эмоциональных реакций.

Ключевые слова: Психотерапия, когнитивно-поведенческая терапия, черепно-мозговая травма, посткоматозное нарушение сознания, психофармакокоррекция, психореабилитация, нейропсихиатрия, нейропсихологическая реабилитация, реинтеграция сознания, высшие психические функции, нейросенсорная коррекция, психостимулотерапия, нейродинамическая коррекция, нейроинтеграция.

Мета дослідження. Виявити особливості відновлення психічної діяльності у пацієнтів після тяжкої черепно-мозкової травми на стадії сплутаної свідомості відповідно до стадій класифікації Доброхотової Т.А. в ході реабілітаційного маршруту, визначити чутливість до кожного методу психокорекції, з'ясувати практичну доцільність їх використання, визначити прогностично значимі особливості в динаміці процесів реінтеграції свідомості.

Матеріал та методи дослідження. В групі досліджень з 220 пацієнтів було 138 випадків на стадії посткоматозного порушення/відновлення свідомості за Доброхотовою Т.А. 6А — сплутаної свідомості з аспонтанністю, відповідно згодом — 112 випадків на стадії 6Б — мовнорухової сплутаності та 93 випадки на стадії 6В — амнестичної сплутаності.

Реабілітаційні програми в період переходу з однієї стадії реінтеграції свідомості в іншу доповнювалися не стільки новими кінезіологічними методами, скільки заняттями ерготерапії, логопеда та сеансами психоневрологічної корекції. Оскільки перехід між стадіями даного синдрому, на відміну від стадій синдрому пригніченої свідомості відбувався плавно, і мав в основному розмиті межі між досягненнями в психічній сфері, дизайн ІПР з клінічними завданнями обох груп виглядав інакше, (див табл. 1):

Таблиця 1

Розподіл залучених методів відновного лікування у пацієнтів на стадіях синдромів сплутаної свідомості		
Методи відновного лікування, клінічні завдання на стадіях: 6А, 6Б, 6В	Кількість випадків N=138	
	п _Б (%) - max	п _А (%) - min
1. Відновлення, розширення, ускладнення гравітаційного градієнту та нарощування гравітаційної активності:	115 (83,34)	23 (16,66)
Апаратна вертикалізація на столі-платформі		√
Висаджування у візку	√	√
Апаратна вертикалізація в системі динамічної нестабільності Balance Tr [®]	√	
Хода з активною апаратною стропною підтримкою	√	
Апаратна імітація ходи в апараті РІО [®]	√	
2. Створення/відновлення, подальше нарощування рухової активності в усіх кінематичних зонах:	115 (83,34)	23 (16,66)
Заняття в апаратах циклічного замкнутого руху THERA-vital [®] , Motomed [®]	√	
СРМ-терапія		√
PNF-терапія		√
Механотерапія Biodex 4pro [®]	√	
Апаратна функціональна терапія руки Armeo Spring [®]	√	
Сеанси мануальної терапії з елементами ЛФК	√	√
3. Усунення, профілактика патологічних установок кінцівок методами ортезотерапії:	115 (83,34)	23 (16,66)
Динамічне ортезування	√	√
4. Полімодальна структурована стимуляція головного мозку:	115 (83,34)	23 (16,66)
Лікувальна ритмічна ТМС	√	√
Заняття з кутовими апаратними прискореннями в комплексах SET	√	√
Фотоімпульсна біхроматна зорова стимуляція з акустичними ефектами	√	
5. Фізіотерапія в допоміжному лікуванні наслідків імобілізаційного синдрому:	115 (83,34)	23 (16,66)
Електрична нейром'язова ритмічна стимуляція		√
Водолікування, підводний гідромасаж	√	
Пресотерапія		√
6. Ерготерапія. Соціальна адаптація.	√ 115 (83,34)	√ 23 (16,66)
8. Логопедична допомога. Відновлення мови.	√ 115 (83,34)	√ 23 (16,66)
9. Психоневрологічна корекція. Відновлення соціально-орієнтованої та особистісно-орієнтованої психічної діяльності.	√ 115 (83,34)	√ 23 (16,66)

Примітка: √ — застосовувалася

Часті відволікання пацієнтів через нестійку ще увагу та слабку концентрацію до спеціальних завдань, вимагали постійних повторів завдань, тому витрачалося більше часу та заняття з психоневрологом на стадії 6А у хворих двох груп були малорезультативні.

У пацієнтів обох груп використовувалися індивідуальні та групові заняття.

Зміна періодів пасивності на активність, загострення, а потім стихання загально-мозкової симптоматики (включаючи епілептичні напади та цефалгічний синдром), прогресування гідроцефалії та проведені оперативні втручання, метеозалежність та інші негативні транзиторні стани, які були характерними для хворих в цей час, і особливо виразні у пацієнтів групи А, вносили відповідні корективи в структуру щоденних занять (див. рис. 1), але розподіл сумарного навантаження та об'єму занять за добу зберігав розвивальний тренд, з притаманною нелінійною різницею між групами (див рис. 2).

години	max ІПР		min ІПР	
	основні заняття та процедури	додатково	основні заняття та процедури	додатково
07:00	санітарно-гігієнічні процедури+висаджування у візку		санітарно-гігієнічні процедури+висаджування у візку	
08:00	ЛФК з ЕМТ		апаратна вертикалізація+ЕНМС	ОРТ
09:00	апаратна вертикалізація в системі динамічної нестабільності Balance Tr, асоційованому з стропною підтримкою Guldman і без неї		ЛФК з ЕМТ	
10:00	водолікування, підводний гідромасаж		апаратна вертикалізація+ЕНМС	ОРТ
11:00	заняття в апаратах циклічного замкнутого руху THERA-vital, Motomed		ТМС ритмічна лікувальна	
12:00	ТМС, перерва 30 хв + фотоімпульсна біхроматна зорова стимуляція з акустичними ефектами		СРМ	
13:00	сеанси функціональної терапії руки Arneo Spring		сеанси нейропсихологічної корекції, КПТ, BUSY BOARD	
14:00	апаратна імітація ходьби P10	ОРТ	апаратна вертикалізація+ЕНМС	ОРТ
15:00	сеанси нейропсихологічної корекції, КПТ, BUSY BOARD		SET	
16:00	SET		пресотерапія	
17:00	хода з активною апаратною стропною підтримкою	ОРТ	PNF	
18:00	логопедичне заняття		логопедичне заняття	
19:00	механотерапія Biodex 4 pro		апаратна вертикалізація+ЕНМС	ОРТ
20:00	заняття ерготерапії		заняття ерготерапії	
21:00	вуличні прогулянки у візку		вуличні прогулянки у візку	ОРТ
22:00	санітарно-гігієнічні процедури+висаджування у візку		санітарно-гігієнічні процедури+висаджування у візку	

Рис. 1. Зведений графік щоденних занять пацієнтів з різним типом наповнення ІПР на 6 ст. відновлення свідомості за Доброхотовою Т.А., на прикладі спостереження №125 (max ІПР) та спостереження № 124 (min ІПР)

Примітка: ОРТ-ортезотерапія; ЕМТ-елементи мануальної терапії; КПТ-когнітивно-поведінкова терапія

Як видно на графіку, сеанси нейропсихологічної корекції відбувалися вдень, в години активності процесів нервової системи та були направлені на відновлення вищих психічних функцій.

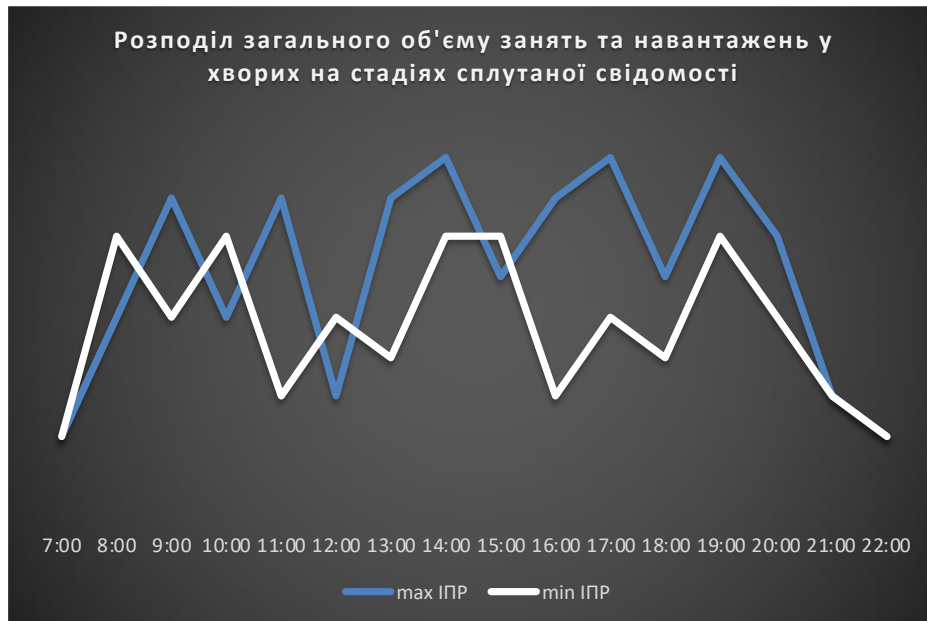


Рис. 2. Розподіл загального об'єму усіх занять (процедур/сеансів) та навантажень протягом дня у хворих на 6-й стадії відновлення свідомості, залежно від типу наповнення ІПР, $N = 138$

Нейропсихіатрична реабілітація, згідно проведеним сеансам нейропсихологічної корекції, відбувалася із залученням нижче наведених, досить відомих методик [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7]:

- когнітивна реабілітація, когнітивно-поведінкова терапія (психологічна реабілітація психотерапевтичними методиками), сугестивне направлення;
- нейро-сенсорна та нейро-динамічна корекція (психостимулотерапія);
- психофармакокорекція (в залежності від провідного синдрому під час відновлення свідомості).

На фоні когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) до усіх без винятку хворих застосовувалися додаткові методи, такі як музикотерапія, «контактна іграшка», яка стала можливістю відтворення базових перинатальних відчуттів, що мало суттєвий вплив в процесі реінтеграції свідомості.

Нейро-сенсорна корекція (методики впливу на пропріорецепторну систему), в тому числі нейро-сенсорна стимуляція (Wilbarger protocol, засоби для сенсорного впливу), та вправи нейродинамічної корекції, нейровізуалізації тощо були спрямовані на відновлення зони сприйняття, диференціації подразників, розмежування реакцій на сенсорний вплив.

Впровадження вправ кінестетичного праксису, психогімнастики, пасивна нейродинамічна корекція тощо було спрямоване на покращання внутрішньо-півкульної та міжпівкульної інтеграції.

Необхідно відмітити, серед іншого, особливо позитивне сприйняття усіма пацієнтами обох груп сеансів нейропсихологічної корекції з додатковим використанням Busy board (бізіборд). Якщо на інші методи пацієнти, особливо на перших двох стадіях, реагували не охоче, то заняття з бізібордом вдавалися майже відразу, хоча й проходили частково в пасивному режимі. Сам метод по собі передбачав кілька напрямків психо-корегувального впливу [8]:

1. Адаптивний (ознайомлення та адаптація до системи; виявлення основних напрямків для подальшої корекції).
2. Когнітивно-поведінковий, сугестивний (налаштування пацієнта на роботу; вироблення початкових стереотипів).
3. Нейро-сенсорний (пошук та встановлення основних варіантів впливу на сенсорну систему пацієнта).
4. Сенсорно-моторний (встановлення та корекція взаємозв'язків в роботі нервової системи для подальшого вироблення фізіологічних рефлексорних процесів).
5. Психомоторний (встановлення механізмів психофізіологічного рівня для корекції та покращення подальшого психомоторного розвитку пацієнта).

Тому його особлива чутливість саме у пацієнтів на цій стадії посткоматозного відновлення свідомості виявилася клінічно доведеною.

Ще одним важливим напрямком дії бізіборду став ерготерапевтичний ефект, скерований на покращення дрібної моторики досліджуваних пацієнтів. З цією метою бізіборд, з яким працювали пацієнти обох груп на стадії сплутаної свідомості в ході реабілітації був доукомплектований спеціально розробленими елементами, реакція більшості пацієнтів на які була найбільш яскравою (емоційні прояви, повторні торкання).

На рис. 3. зображено одне із занять на бізіборді з пацієнтами групи Б на стадіях синдрому сплутаної свідомості.

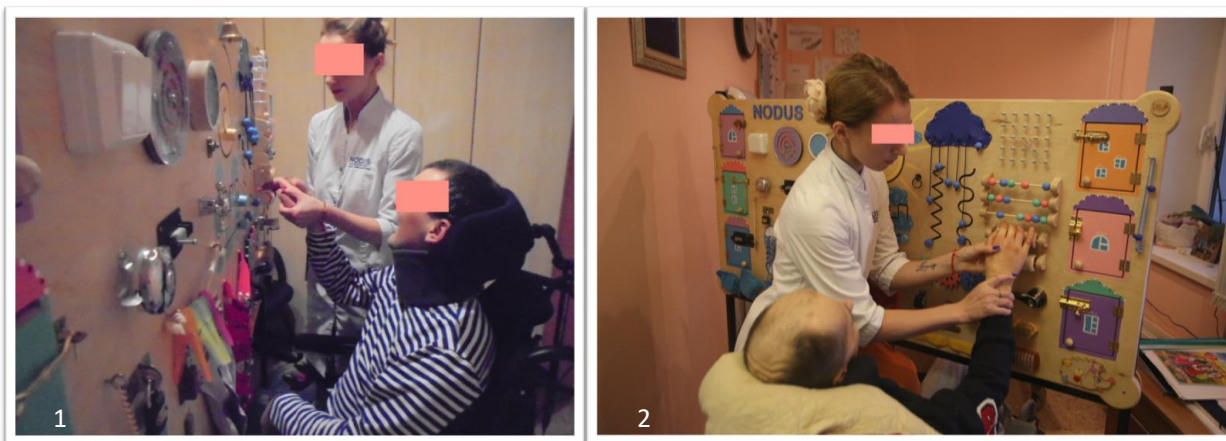


Рис. 3. Сеанс нейропсихологічної корекції, когнітивно-поведінкова терапія, робота на Busy board (бізіборді) при допомозі психіатра у пацієнтів групи А (1) та групи Б (2).
 фото 1 — спостереження №131; фото 2 — спостереження №194

Важливим моментом в нейропсихіатричній корекції стали переходи с однієї стадії реінтеграції свідомості до наступної з випадінням різних психічних функцій, що змінюються. Так, наприклад, в стадії 6А (сплутаність свідомості з аспонтанністю) пацієнт при дезорієнтуванні та пасивності піддається стимулюючому впливу корекції, що своєчасно потрібно змінити в програмі психореабілітації при переході в стадію 6Б (мовнорухова сплутаність свідомості). Під час цієї стадії важливим є дозоване навантаження для запобігання Perezбудження та підтримання адекватних психічних реакцій з метою подальшого відновлення психічних функцій та плавному переходу до наступної 6В стадії (амнестичної сплутаності свідомості).

Головною особливістю стадії 6В є відсутність знань відносно явищ у вигляді чуттєвих їх образів всіх модальностей, які не формуються або є дефектними, особливо по відношенню до просторової та часової приналежності подій. Тому неможливим стає запам'ятовування, де й коли сталися події [2], що вимагає додаткового вербального та сугестивно-навчального впливу від лікаря.

Результати

Відновлення психічної діяльності пацієнтів відбувалося повільно і поетапно. Головні клінічні завдання при цьому були сформовані за результатами нейропсихологічного тестування хворих обох груп та доповнені у відповідності до прийнятих рекомендацій [2], а саме:

1. Формування елементарного аферентного зв'язку.
2. Активізація генералізованих відповідей мимовільного характеру.

3. Упорядкування відповідей в залежності від систематизації подразників.
4. Активізація сенсомоторної координації з подальшим закріпленням.
5. Збільшення частоти та об'єму орієнтовних реакцій в наслідок емоційно-позитивної взаємодії.
6. Формування чітких перцептивних дій та комплексів (інтерес до оточення).
7. Побутова адаптація та відновлення соціально-побутових навичок.

В результаті щоденних занять з пацієнтами групи А і Б протягом усього періоду синдромів сплутаної свідомості, вдалося досягнути об'єктивних покращень в психічній діяльності кожного з них. Але найбільш вражаючими з поміж усіх, могли похвалитися тільки ті пацієнти обох груп, які перейшли до стадії перехідних синдромів, або хоча б відновилися до стадії 6В. Мова йде про нижченаведені практичні досягнення, на базі яких, в подальшому, хворі будували складніші психічні конструкції та розвивали свої вищі кіркові функції:

1. Утримання уваги.
2. Зменшення латентного часу відповіді на звернення та рефрактерного періоду реакції на виконання завдань чи інструкції.
3. Стабілізація диференційованих реакцій на подразник, залежно від його властивостей та тривалості дії.
4. Ускладнення мотивацій та закріплення ініціативи для виконання цілеспрямованих рухів, втому числі без підкріплення.
5. Посилення комунікативної взаємодії на основі зростання критики та волі.
6. Розширення навичок складної пізнавальної та психомоторної діяльності.

Було виявлено залежність швидкості та якості відновлення свідомості від особливостей перебігу психічних процесів та пластичності нервової системи до отримання травми: родинного анамнезу, поведінкових реакцій, характеріологічних особливостей та акцентуацій особистості, емоційно-вольового резерву та реактивності, інтелектуальних здібностей, професійного розвитку, когнітивного потенціалу, рівня диференціації особистості.

На основі отриманих нами даних під час динамічного спостереження зроблено висновок про важливість застосування адекватної психофармакокорекції на кожній зі стадій відновлення свідомості в залежності від клінічних проявів, основних синдромів та динаміки психо-емоційних реакцій. Особливо, на моментах переходу з кожної стадії до наступної — у своєчасних змінах в призначенні психокорегуючої терапії з метою плавності переходів та виконанні загальної ППР, адже, деякі патопсихологічні синдроми суттєво інколи заважали пацієнту під час занять та процедур, що робило неможливим засвоєння денної програми.

Найбільш вагомими результатами дали препарати з групи антидепресантів (селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну (СІЗЗС) та препарати з антипсихотичним (нейролептичним) впливом для згладжування полярних проявів та патологічних психотичних реакцій.

На прикладі спостереження №171, подано типову програму психо-неврологічної корекції та головні результати у пацієнта групи Б на стадіях синдрому сплутаної свідомості (6А, 6Б, 6В), яка тривала протягом 1 року реабілітаційного лікування (травень 2017-травень 2018), див табл. 2.

Таблиця 2

Програма психоневрологічної корекції пацієнта групи Б на стадіях сплутаної свідомості, спостереження №171

Період	Психофармако-корекція	Психотерапевтична програма	Мета	Результат, динаміка, головні зміни
І. 2017	Міртазапін, 15мг на ніч	КПТ	Зменшення агресії та суїцидальних виказувань	Пацієнт мотивований, полярність психічних проявів та негативізм, виконує завдання не завжди, емоційно лабільний, агресивний
VII. 2017	Есциталопрам, 10 мг на добу (з 18.08)	КПТ Арттерапія	Зменшити полярність психічних проявів та негативізм	
	Сонапакс, збільшено дозу до 80 мг на добу	Бізіборд Ерготерапія Групова психотерапія		
X. 2017	продовжує прийом	КПТ	Збільшення мотивації	Динаміка позитивна (нарощування особистих рекордів). Мотивація збільшується, є ініціатива
		Бізіборд	Подолання особистого конфлікту	
XII. 2017	продовжує прийом	КПТ Арттерапія Групова психотерапія	Додано вправи на нижні кінцівки – залучення, посилення просторового гнозису	Поява під час кожного сеансу приємних відчуттів роботи м'язів, особливо правого стегна та гомілки
I. 2018	продовжує прийом	КПТ	Збільшення/покращення вольового компоненту	Якість занять виросла, продуктивніша комунікація, проявляє ініціативу
III. 2018	замінено на Цитралекс, 10мг ввечері	КПТ	Зменшення клінічних проявів депресії	Проведено тестування за шкалою самооцінки депресії PHQ-9. Зниження ступеню депресії з легкої ("субклінічна") до норми, зниження проявів з субклінічно виражених тривоги та депресії (HADS). Проведено дослідження уваги та сенсомоторних реакцій методикою таблиць Шульте: відсутність негативної динаміки психічного темпу, швидкості орієнтовно-пошукових рухів, уваги в динаміці. Результати тестувань (зниження клінічних проявів на >20%) дає підставу до продовження медикаментозної терапії обраним препаратом.
		Бізіборд	Соціальна адаптація, зростання	
		Групова психотерапія	продуктивності під час суміжних занять	
V. 2018	продовжує прийом	Бізіборд Контактна іграшка Нейро-сенсорна корекція	Збільшення вольового компоненту з можливістю зовнішньої корекції	Активний, доступний до повного вербального контакту з розумінням та реакцією (вербальною, виразною емоційною) на звернення, уповільненням процесу мислення, зниженням концентрації уваги. Загальний емоційний фон нормальний. Часом проявляється збудження, але корегується.

Примітка: КПТ — когнітивно-поведінкова терапія;

Кольором позначено стадії синдрому сплутаної свідомості:

- 6А — стадія сплутаності свідомості з аспонтанністю;
- 6Б — стадія мовно-рухової сплутаності свідомості;
- 6В — стадія амнестичної сплутаності свідомості;

В науковій праці, виходячи з результатів досліджень, акцентовано на великому прогностичному значенні комбінації методик, яка підключалася до реабілітаційної програми саме в момент міграції стадій — від сплутаної свідомості з аспонтанністю до мовнорухової сплутаності та, згодом, амнестичної сплутаності. При цьому чіткої суттєвої кореляції між відновленням психічних функцій та рухової активності не визначалося, оскільки реінтеграція свідомості відбувалася з індивідуальними особливостями та реактивним сприйняттям кожним пацієнтом впливу кінезіологічних методик.

Виявлено важливість підбору психокорекційних методик та їх комбінацій на кожній з ланок ланцюгу відновлення свідомості. А динаміка змін вказувала на резерви вищих психічних процесів кожного пацієнта.

Висновки:

1. Виявлені в ході досліджень відмінності, які відділяли стадію від стадії в продовж реабілітаційного маршруту, стосувалися виключно методик логопедичної допомоги та психоневрологічного корегування.

2. Хоча й пацієнти в межах своїх груп на стадіях 6А, 6Б, 6В мали майже однакові (з індивідуальними коливаннями) фізичні можливості, соціальні навички, схожий за основними рисами неврологічний статус, проте відрізнялися за результатами відновлення психічних (інтелектуально-амнестичних) функцій.

3. Встановлено, що на перший план виступали впроваджені завдання і методики, спрямовані на покращання мови та вищих коркових функцій, через які зростала соціальна активність пацієнтів.

4. Вперше було зафіксовано, що відновлення психічної діяльності відбувалося швидше, а ніж здобування якихось нових кінетичних чи локомоторних вмінь.

5. Нейропсихіатрична корекція мала комплексний підхід: реінтеграція базових рефлексів і базових перинатальних відчуттів мали суттєвий вплив в процесі відновлення свідомості, нейро-сенсорна корекція, в тому числі нейро-сенсорна стимуляція, була спрямована на відновлення зони сприйняття, диференціації подразників, розмежування реакцій на сенсорний вплив, впровадження вправ кінестетичного праксису, психогімнастики, пасивна нейродинамічна корекція тощо дали можливість покращити внутрішньо-півкульну та міжпівкульну інтеграцію.

6. Велике прогностичне значення мала комбінація методик, яка підключалася до реабілітаційної програми саме в момент міграції стадій — від сплутаної свідомості з аспонтанністю до мовнорухової сплутаності та, згодом, амнестичної сплутаності.

7. Було встановлено важливість застосування адекватної психофармакокорекції на кожній зі стадій відновлення свідомості в залежності від клінічних проявів, основних синдромів та динаміки психо-емоційних реакцій.

8. Важливим моментом в нейропсихіатричній корекції стали переходи с однієї стадії реінтеграції свідомості до наступної з випадінням різних психічних функцій, що змінюються. Це вимагає чіткого своєчасного дозування навантаження (стимуляція/розслаблення) для підтримання адекватних психічних реакцій з метою подальшого відновлення психічних функцій та плавному переходу до наступної стадії.

9. Було виявлено залежність швидкості та якості відновлення свідомості від особливостей перебігу психічних процесів та пластичності нервової системи до отримання травми: родинного анамнезу, поведінкових реакцій, характеріологічних особливостей та акцентуацій особистості, емоційно-вольового резерву та реактивності, інтелектуальних здібностей, професійного розвитку, когнітивного потенціалу, рівня диференціації особистості.

10. Динаміка змін в ході реінтеграції свідомості вказує на індивідуальні резерви вищих психічних процесів кожного пацієнта.

Література

1. Доброхотова Т.А. "Нейропсихиатрия"./ Москва, — 2006; С.- 133-143, 263
2. Клинические рекомендации "Нейропсихологическая диагностика и нейропсихологическая реабилитация пациентов, находящихся в сниженном состоянии сознания после повреждения головного мозга"./ Москва, — 2014, С.20-21, 25-27.
3. "Sensory integration and the child" by A.Jean Ayres, Ph.D./ L.A.,- 2005.- пер. "Теревинф"-2009
4. Курс лекцій з діагностики та корекції порушень розвитку у дітей на основі новітніх brain connection methods./Київ, — 2018.
5. "Нейропсихологические тесты. Необходимость и возможность применения" В.В.Захаров. — Consilium medicum. Т.№13, №2, с.82-90.
6. "Уніфікований клінічний протокол "Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивний епізоди без соматичного синдрому або з соматиним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія" затверджений наказом МОЗ України №1003 від 25.12.2014р.
7. Матеріали лекцій Joseph E. Maio, Ph.D. "Evidence-based treatment of PTSD". — Київ, 2017
8. Таран І. В., Валюшко Ю. Ерготерапія, як сучасний напрямок фізичної реабілітації хворих із травмами й захворюваннями нервової системи / Таран І. В., Валюшко

Ю. // Теоретичні та методичні проблеми фізичної реабілітації: матеріали VI Всеукр. наук.-метод. конф. — Херсон, 2016. — С. 292 — 298.

References

1. Dobrokhotova T.A. Neuropsychiatry. / Moscow, — 2006; S. 133-143, 263
2. Clinical recommendations "Neuropsychological diagnosis and neuropsychological rehabilitation of patients in a reduced state of consciousness after brain damage". Moscow, 2014, p.20-21, 25-27.
3. "Sensory integration and the child" by A.Jean Ayres, Ph.D./ L.A., — 2005. "Terevinf" - 2009
4. Course of lectures on diagnostics and correction of children's developmental disorders based on the latest brain connection methods. / Kiev, 2018.
5. "Neuropsychological tests: necessity and possibility of application" VV Zakharov. — Consilium medicum. T. No. 13, No. 2, p.82-90.
6. "Unified clinical protocol" Depression (mild, moderate, severe depressive episodes without somatic syndrome or with somatic syndrome, recurrent depressive disorder, dystymia "approved by the order of the Ministry of Health of Ukraine No. 1003 dated 12/25/2014.
7. Materials of lectures by Joseph E. Maio, PH.D. Evidence-based treatment of PTSD. — Kiev, 2017
8. Taran IV, Valushko Yu. Ergotherapy as the modern direction of physical rehabilitation of patients with trauma and diseases of the nervous system / Taran IV, Valushko Y. // Theoretical and methodical problems of physical rehabilitation: materials VI Igor. sci. method. conf. — Kherson, 2016. — P. 292 — 298.