*Науково-методичний центр ультразвукової медичної діагностики "Істина"*

# НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЯ

- **Індивідуально орієнтована комплексна реабілітація пацієнта**
- **Наукові підходи й алгоритми нейрореабілітації тяжкохворих**
- **Економічні аспекти інтенсивної комплексної нейрореабілітації**
- **Від нейрореанімації до професійної реабілітації та соціальної адаптації**

НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЯ

*04070, Україна, м. Київ, вул. Почайнинська, 44а, тел.: (044) 467-63-99 (89), тел./факс: (044) 467-63-97,*
*www.istyna.kiev.ua, e-mail: istina@voliacable.com*

# ІНДИВІДУАЛЬНО ОРІЄНТОВАНА КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТА

**Патент Держпатенту України № 72725 від 31.12.2003 р. "Спосіб нейрореабілітації хворих на апалічний синдром".**
Моніторинг психоневрологічного статусу на основі методики координованого мультидисциплінарного підходу

**1–3**
**Реабілітолог: від масажу та пасивних рухів до активних рухів**

**1–4**
**Кінезитерапія з налагодженням функції зворотного зв'язку "мозок–рух"**

**1–4**
**Медикаментозна терапія з моніторингом стану кровопостачання та функціонування органів і систем**

**1–4**
**Психологічна корекція**
- **Відновлення втрачених вищих кіркових функцій**
- **Гармонізація душевного стану**
- **Синхронізація вищих інтеграційних механізмів ЦНС**

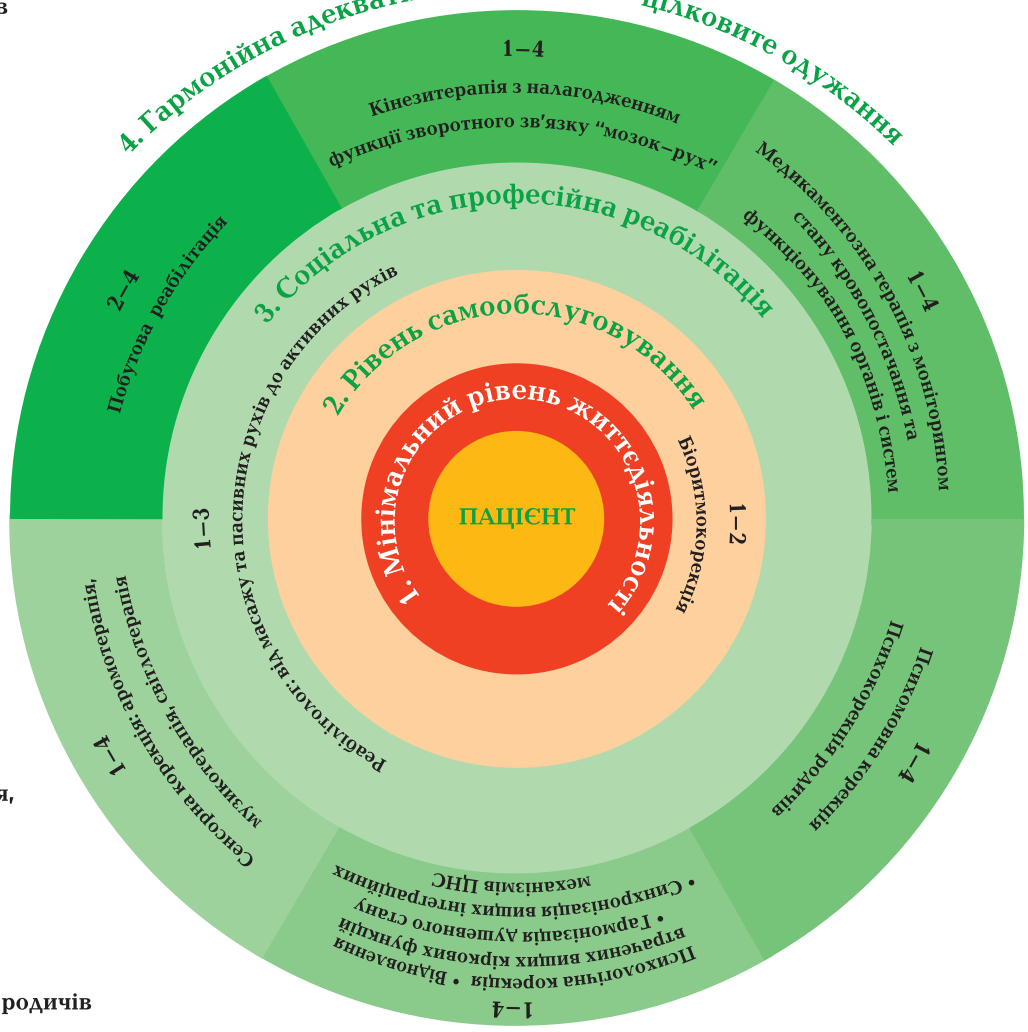
**1–2**
**Біоритмокорекція**

**1–4**
**Психомовна корекція**

**1–4**
**Сенсорна корекція: аромотерапія, музикотерапія, світлотерапія**

**2–4**
**Побутова реабілітація**

**1–4**
**Психокорекція родичів**




*Sublata causa, tollitur morbus. —*
*Усуньте причину, тоді мине й хвороба.*
*Гіппократ*

# НАУКОВІ ПІДХОДИ Й АЛГОРИТМИ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ ТЯЖКОХВОРИХ

**1. Основний профіль надання медичної допомоги** — всебічний комплексний клініко-інструментальний огляд пацієнтів психоневрологічного та судинного профілю з індивідуальним добором адекватних медикаментозних середників і проведення необхідної психокорекційної та реабілітаційної роботи. Саме такий підхід поступово розвивався в стінах нашого Центру як єдино можливий для ефективного лікування та поліпшення стану пацієнтів із численними комбінаціями різнопрофільних діагнозів, психосоматичними ускладненнями, для лікування тяжкохворих, підвищення якості їхнього життя.

**2. Численні унікальні методики, захищені правом інтелектуальної власності,** — основне надбання Центру на сьогодні. Завдяки авторським підходам до реабілітаційного процесу та до корекції стану серцево-судинної системи колективу "Істини" вдається досягати значних позитивних результатів лікування навіть щодо хворих, яких відповідно до загальноприйнятих канонів заведено вважати невиліковними.

Тяжкохворі пацієнти, які звертаються до нас (або ж звертаються їхні родичі, оскільки сам пацієнт цього не в змозі зробити з огляду на свій стан), іноді мають діагнози, що відображають стадію декомпенсації ряду функцій організму, тобто ці функції не забезпечують у нормі соціальний, побутовий, сімейний рівні життя й за відсутності інтенсивних заходів лікування здебільшого призводять невдовзі до тяжкої інвалідності та летального кінця.

**3. Хто правильно діагностує, той добре лікує.** Тяжкий стан пацієнтів потребує поглибленого дослідження серцево-судинної системи, головного та спинного мозку, внутрішніх органів, опорно-рухового апарату для визначення адекватної лікувальної тактики, що відображено в численних методиках, які належать Центрові на праві інтелектуальної власності та базуються на постійному моніторингу стану організму й відновленні тих функцій, котрі було втрачено або котрі не розвинулися.

Обов'язковим правилом лікування в нашому Центрі є всебічне обстеження всіх органів і систем організму з виявленням поряд із ураженими тих ланок організму, які функціонуть погано. Пацієнти, що звертаються до нас, часто мають різні задавнені захворювання. Якщо вчасно не виявити такі патологічні зміни, то результат може бути різко негативним.

**4. Принцип юридичного супроводу пацієнта.** Після комплексного огляду результати інструментальної діагностики та висновки всіх фахівців Центру обговорюються на консиліумі фахівців, де й формується план лікування, далі його погоджують із пацієнтом, оформлюють усі потрібні документи для юридичного супроводу, й розпочинається лікувальний процес. Періодично для контролю планово (або терміново в разі появи факторів, що насторожують) провадиться моніторинг змін у життєдіяльності організму.

**5. Індикація та інструментальний моніторинг розбалансованих функцій.** Особливу увагу приділяємо змінам у серцево-судинній системі — досліджуються серцева діяльність на предмет можливого наростання ішемічних змін, а також тиск, тонус, еластичність судин із метою передбачення їх можливих розривів та різких перепадів внутрішньосудинного артеріального й венозного тиску, функціонування печінки, нирок, рівень внутрішньочерепного тиску тощо. Це вельми важливо для профілактики гострих кризових станів, які можуть виникнути в тяжкохворих. Таким чином, завдяки інструментальному моніторингу, який спирається на факти доказової медицини, вдається не лише уникати інсультів та інфарктів у таких пацієнтів, але й поступово переводити їхній організм із рівня патологічних розбалансованих реакцій на фізіологічний рівень функціонування із включенням адекватних компенсаторних механізмів.

*Любов лікаря особлива,*
*її сповнено співчуттям до хворої*
*людини. Справжній лікар відчуває*
*потребу робити людям добро й*
*віднаходить у цьому особисте щастя.*
*Ф.П. Гааз*

З огляду на інтенсивність лікування відповідно до плану та передбачувані позитивні ефекти комплексного медико-педагогічного підходу виникає потреба регулярного контролю швидких змін в організмі та вчасного корегування дози, пропорцій, концентрації медикаментів, частоти й ритму їх застосування із метою уникнення побічних та негативних ефектів при досягненні визначеної мети реабілітаційного процесу.

Варто наголосити, що пацієнти, яких за усталеними медичним канонами вважають невиліковними, насправді потребують постійної нейрореабілітаційної роботи й регулярного поступового формування нових і/чи поновлення втрачених функцій головного та спинного мозку й нервової системи протягом тривалого часу (від двох до шести років).

**6. Тривалість і силу навантажень розраховано відповідно до фонових та резервних можливостей організму.** Слід також підкреслити, що розрахунок гранично припустимих навантажень навіть під час немедикаментозного лікування (статокінетична, психоемоційна, інтелектуально-мнестична, логопедична корекція) потребує також динамічного й своєчасного апаратного контролю на принципах доказової медицини для уникнення гальмування в індивідуальних нейрореабілітаційних та розвивальних заходах зазначених пацієнтів, запобігання патологічним реакціям у розбалансованому організмі. Кожне з проведених обстежень у такому моніторингу має на меті контролювати стан життєво важливих функцій організму пацієнта у відповідальні періоди перебудови організму в бік позитивних якісних змін для запобігання й уникнення критичних реанімаційних станів.

**7. Ефективність та стійкість досягнених результатів.** Новітні розробки центру "Істина" щодо лікування таких захворювань роблять досягнення мети в три-п'ять разів швидшим та ефективнішим, аніж якщо вдаватися до усталених методів.

Стійкого позитивного результату можна досягти лише завдяки тривалій реабілітації, що можна бачити на прикладі пацієнток нашого Центру Діани Ш. та Ірини В., які завдяки кількарічному переривчастому розвивальному курсу комплексного лікування змогли повністю сформувати рухові функції (в два роки ці дівчатка не сиділи та не ходили), надолужити віковий психологічний розвиток, навчитися розмовляти й зараз успішно пройшли медико-педагогічну комісію, внаслідок чого їх допущено до індивідуального навчання в школі за місцем проживання.

*Психолог має з'ясувати, які саме психосоматичні причини могли стати пусковим механізмом недуги*

*Кілька років тому Ірину та Діану вважали приреченими*

*Милосердя не буває надмірним.*
*Роджер Бекон*

# ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ІНТЕНСИВНОЇ КОМПЛЕКСНОЇ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ

Економічний ефект висвітленого вище підходу до нейрореабілітації засвідчено численними маркетологічними дослідженнями й високими показниками відновлення самообслуговування й по змозі працездатності, медичної та професійної реабілітації й соціальної адаптації.

Що стосується вартості лікування, то слід зазначити таке.

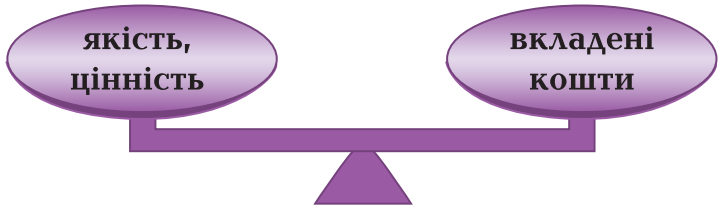
**1.** Вартість реабілітаційних заходів залежить від багатьох економічних показників, таких як амортизація обладнання, за допомогою якого здійснюється дослідження (за розрахунками 2007 року близько 10 — 12 тис. грн. на місяць), вартість роботи фахівців, які беруть участь у комплексному обстеженні (близько 8 — 10 тис. грн. на місяць), орендна плата за приміщення (близько 40 тис. грн. на місяць), комунальні витрати (близько 4 тис. грн. на місяць). Комплексний огляд у нашому Центрі коштує 2600 грн. з огляду на те, що він передбачає залежно від показань до 14 обстежень починаючи із судин головного мозку й закінчуючи капілярами верхніх та нижніх кінцівок. Кожна процедура триває 15 — 30 хв., а весь огляд загалом — від трьох до п'яти годин. Такі обстеження надалі проводяться що два-три дні пацієнтам, які лікуються в нашому Центрі, й вартість обстежень та моніторингів становить від 200 до 400 грн. за сеанс. Зазначмо для порівняння, що вартість перебування пацієнта в реанімаційному відділенні державного медичного закладу сьогодні розраховують починаючи щонайменше із 1700 грн.

**2.** До комплексу нейрореабілітаційних заходів згідно з планом реабілітації, розробленим консиліумом фахівців Центру, входять як медикаментозне лікування, так і нейрореабілітаційні заняття, спрямовані на поновлення всіх утрачених функцій руху, мислення, аналізу, мовлення, зору, слуху і т. ін.

**3.** Із медикаментів, використовуваних у практиці лікування Центру, провідну роль відіграють судинні препарати, які добирають під контролем діагностичної апаратури зі змогою дослідження їхньої ефективності для конкретного пацієнта й прогнозування позитивного стабілізувального впливу на судинну систему організму. Індивідуально визначені суміші медикаментів, в яких дію кожного складника підсилено (синерговано), добирає обізнаний фахівець під контролем діагностичної апаратури.

**5.** Вартість медикаментів, застосовуваних у практиці центру "Істина", має різний рівень, що коливається від 3 до 150 грн. за одну упаковку (кількість ампул в упаковці від 3 до 10, ємність ампул від 1 мл до 10 мл). Добір медикаментів, їх поєднання тощо визначаються прицільно для кожного пацієнта та можуть коригуватися протягом курсу лікування. А потреба постійного моніторингу змін в організмі пацієнта зумовлює регулярне використання діагностичного обладнання.

**6.** Загальну кількість проведених протягом кожного курсу лікування оглядів і нейрореабілітаційних занять та використаних медикаментів занесено в історію хвороби й відображено в актах виконаних маніпуляцій.




*Щоб дійти до мети,*
*треба перш за все йти.*
*Оноре де Бальзак*

# ВІД НЕЙРОРЕАНІМАЦІЇ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ

## НЕЙРОРЕАНІМАЦІЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ ТА НЕЙРОХІРУРГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

### Діагностичні алгоритми

Сучасний рівень проведення нейрореанімаційних заходів, окрім моніторингу життєво важливих функцій організму, потребує додаткового моніторингу стану судинної системи мозку, функціональної активності речовини мозку та контролю системи газообміну.

**Алгоритм динамічного моніторингу в умовах нейрореанімації має включати:**

***I. Діагностичний зріз функціонування всіх органів та систем на момент надходження до реанімаційного відділення.***

1. Соматичний статус з одномоментним УЗД-контролем стану функціонування серцево-судинної, гепатобіліарної, ендокринної та сечовивідної систем при прийнятті на лікування та в міру потреби.
2. Неврологічний статус.
3. Комп'ютерну або магнітно-резонансну томографію головного мозку в ангіорежимі.
4. Гемодинамічний статус:

• УЗД судинної системи мозку, за потреби магістральних судин дуги аорти, черевної порожнини, малого таза та кінцівок.

Дослідження методом УЗДГ судин головного мозку зазвичай дає змогу виявити відсутність або мінімальний рівень (**5–10% залишкового від фізіологічного рівня**) мозкового артеріального кровоплину;

• капіляроскопія з оцінкою стану та типу закладення капілярів за формою, довжиною, калібром, питомою вагою, наявністю сітки, рівнем кровопостачання, швидкістю кровоплину, наявністю ефекту "монетних стовпчиків", загальним фоном зображення.

5. Нейродинамічний статус — оцінка фонової біоелектричної активності головного мозку, проведення необхідних функціональних проб, за потреби застосування методики викликаних потенціалів.

***II. Моніторинг життєво важливих функцій та додатковий моніторинг змін церебральної гемодинаміки, нейродинаміки і параметрів газообміну та кислотно-лужної рівноваги в крові.***

1. Наявність виражених гемодинамічних перебудов у хворих неврологічного та нейрохірургічного профілю в критичному стані потребує постійного допплерографічного моніторингу магістральних судин із додатковою оцінкою:

• прохідності церебральних артерій,
• контролю частоти та вираженості можливих тромбоемболів (прогнозування та контроль),
• стану еластико-тонічних властивостей судинної стінки,
• рівня дефіциту артеріального кровопостачання,
• наявності гідродинамічного внутрішньочерепного конфлікту та гідродинамічного рівня внутрішньочерепного тиску,
• стану артеріовенозної церебральної рівноваги,
• наявності проявів артеріовенозного шунтування.

2. За потреби — моніторинг ЕЕГ, по змозі ЕЕГ в режимі викликаних потенціалів.
3. Моніторинг оксигенації крові за допомогою сучасних пульсоксиметрів з оцінкою насиченості крові киснем та вуглекислим газом, контролем кислотно-лужної рівноваги.

***III. Після проведених фонових досліджень та підключення додаткового моніторингу контролю гемодинамічного, нейродинамічного та газообмінного статусу проводять гостру фармакологічну пробу.***

Протягом години після внутрішньовенного введення індивідуально підібраної комбінації ліків, які мають вазоактивну, нейростимулювальну, нейрометаболічну (ноотропну) дію, проводять повторні дослідження за допомогою УЗДГ, комп'ютерної ЕЕГ та неврологічний огляд.

Визначають наявну реактивність судин мозку з тенденцією до відновлення адекватного рівня церебральної гемодинаміки до та після внутрішньовенного введення індивідуально підібраної комбінації медикаментів за допомогою допплерографії; досліджують зміну біоелектричної активності головного мозку до та після проведення гострої фармакологічної проби за допомогою комп'ютерної динамічної електроенцефалографії.

Активізація системної та церебральної гемодинаміки, амплітудно-частотних характеристик біоелектричної активності головного мозку, клінічні прояви пожвавлення реакції хворого на зовнішні подразники на всіх етапах дослідження є ознаками відсутності смерті мозку та свідчать про потребу використання доступних терапевтичних заходів незалежно від стану пацієнта.

Дослідження реактивності гемо- та нейродинамічних показників головного мозку у відповідь на гостру внутрішньовенну фармакологічну пробу відображає адекватність відповіді організму на медикаментозний чинник, що дозволяє відрізнити стан пацієнтів у комі зі змогою подальшого лікування та реабілітації від стану смерті мозку, коли можливе донорування органів, а також прогнозувати результати нейрореабілітації хворих, зокрема при апалічному синдромі.

***IV. Догляд за хворим, профілактика трофічних змін відіграють не останню роль у загальносоматичному статусі пацієнта.*** Завдяки застосуванню автоматизованого підйомника (власний проект співробітників Центру "Істина") та регулярного проведення санітарно-гігієнічних процедур удалося відпрацювати методику курації лежачого хворого **без пролежнів.**

*Щоденні інтенсивні заняття, професіоналізм і вимогливість — шлях до видужання*

*Кожного пацієнта слід розглядати цілісно й лікувати не окремий орган, а одразу весь організм як єдину систему*

*Поки є хвороба, буде не тільки страх, але й надія.*
*Батлер*

## ДЕЯКІ АСПЕКТИ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ В СУЧАСНІЙ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ

Спосіб нейрореабілітації тяжких хворих неврологічного та нейрохірургічного профілю на сучасному етапі потребує:

а) обов'язкового щоденного консіліуму за участі всієї команди фахівців-реабілітологів;

б) індивідуального підходу до організму конкретного пацієнта;

в) виведення хворого з коматозного стану шляхом активізації системної гемодинаміки із здійсненням постреанімаційних заходів, спрямованих на відновлення рухової активності з остаточною реабілітацією пацієнта;

г) комплексної програми нейрореабілітації з залученням методів медикаментозного впливу під контролем інструментальних методів діагностики в поєднанні із сучасними методиками нейрореабілітації (кінезитерапією, фізіотерапією, масажем, сенсорною психостимуляцією зоровими, слуховими й тактильними подразниками, голкорефлексотерапією, корекцією мнестичних розладів, логопедичною корекцією, працетерапією та ін.);

д) розвитку/відновлення навичок самообслуговування;

є) соціалізації та профорієнтації за індивідуально розробленою програмою.

Здійснення активних лікувальних дій, спрямованих на відновлення церебральної гемодинаміки, дає змогу скоротити період реанімації, запобігаючи появі незворотних змін у мозковій тканині, що наближає появу елементів мінімальної свідомості на ранньому етапі нейрореабілітації.

*У такому віці надзвичайно важливий розвиток дрібної моторики пальців рук*

Запропонований спосіб нейрореабілітації базується на комплексному поєднанні сучасних можливостей моніторингу мозкового кровопостачання з відновленням нейродинаміки шляхом застосування сучасних методик координованого мультидисциплінарного підходу (патент Держпатенту України № 72725 А від 31.12.03 "Спосіб нейрореабілітації хворих на апалічний синдром"):

1. Усебічного комплексного мінімально інвазивного обстеження пацієнта в стані коми або в апалічному синдромі із застосуванням сучасних методів діагностики — МРТ, МРА, УЗД судин головного мозку, УЗД серця, УЗД органів черевної порожнини та малого таза, ЕКГ, капіляроскопії, ЕЕГ, що забезпечує отримання цілісної картини причинно-наслідкових взаємозв'язків між функціонуванням системи макро-, регіонального та мікрокровообігу, дихання.

2. Вибору оптимальних параметрів функціонування серцево-судинної, дихальної та видільної систем для забезпечення стабільності нейродинамічних процесів із формуванням тенденції до наростання амплітудно-частотних показників нейродинамічної активності.

3. Формування оптимальних граничних параметрів функціонування серцево-судинної, дихальної та нейродинамічної систем при виконанні нейрореабілітаційних навантажень із метою недопущення їх різких відхилень у той чи інший бік від обраних параметрів стабільного функціонування всіх систем організму.

4. Індивідуального вибору програми нейрореабілітації для конкретного пацієнта із застосуванням методів масажу, кінезитерапії, біоритмокорекції, психологічної та логопедичної корекції, аромотерапії залежно від аналізу отриманих даних попередньої діагностики нейропсихологічного статусу, стану артикуляційно-мовного апарату, тонусу м'язів та їхньої здатності до пасивно-активних рухів, способів реагування організму на зовнішні подразники.

Гемодинамічна корекція провадиться шляхом діагностики залишкового рівня мозкового кровопостачання, який нерідко може коливатися в межах 5—10% від фізіологічного рівня, індивідуального підбору та внутрішньовенного введення адекватних медикаментозних сумішей з метою врегулювання артеріовенозно-лікворної церебральної гемодинаміки під контролем ультразвукової

*Exercitio artem parat. — Вправи породжують майстерність. Теренцій*

допплерографії вже на ранніх етапах постреанімаційного стану і поступового відновлення фізіологічного рівня мозкового кровоплину.

Ранні нейрореабілітаційні заходи здійснюють у вигляді інтенсивної сенсорної психостимуляції, логопедичної корекції, гірудотерапії, індивідуально підібраної дозованої програми фізичного навантаження та профілактики контрактур. Із метою формування та відновлення стійкого зворотного зв'язку під контролем стану нейродинамічної активності (метод ЕЕГ і "ТЕТОС") використовуються щоденна інтенсивна сенсорна психостимуляція, логопедичні методики, аромотерапія, гірудотерапія, розраховуються граничні обмеження фізичного навантаження під час кінезитерапії та масажу.

*Милосердя й вимогливість — неодмінні умови успішності нейрореабілітиаційного процесу*

На етапі появи мінімальної свідомості використовується методика біорит-мокорекції.

На етапі продуктивного контакту продовжується відновлення та встановлення стійкого зворотного зв'язку із використанням психолого-логопедичних методів відновлення вищих інтегративних психічних функцій, що відбувається при постійному та безпосередньому контролі рівня відновлення нейродинамічних процесів на всіх етапах нейрореабілітації у пацієнтів різного віку. За потреби в комплекс нейрореабілітації включається додаткова психокоригувальна програма подолання посттравматичного стресу.

Проблемі коми та виведення з тривалого коматозного стану хворих, які за всіма медичними канонами донині вважалися безнадійними, було присвячено книжку "**Тривала кома – вирок чи..?"**, випущену 2003 року центром "Істина". Досвід роботи Центру переконує, що час уже переглянути традиційні підходи до проблеми коматозного стану. Адже за допомогою новітніх методик людей, які тривалий час перебували в комі, вдається повертати до життя.

*Відновлення функцій мовлення — це запуск роботи багатьох ділянок головного мозку. Сам лише логопед тут безсилий*

*"Невиліковних" пацієнтів не буває, якщо лікар оптиміст*

*Будьте милосердні до нещасних, будьте поблажливі до щасливих.*
*Віктор Гюго*

## АПАЛІЧНИЙ СИНДРОМ

Апалічний синдром та вегетативні персистуючі стани — надзвичайно актуальна проблема сьогодення. Новітні підходи до лікування таких станів уможливлюють успішне виведення хворих із апалічного синдрому.

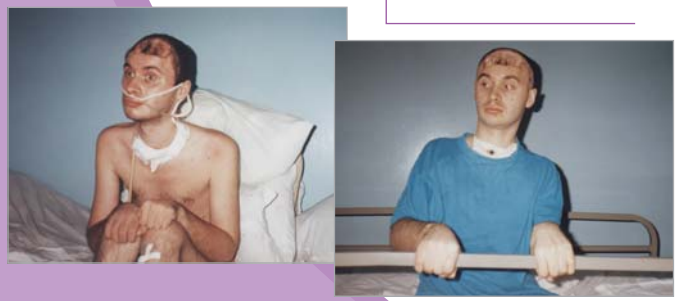
Актуальність проблеми, зумовленої апалічним синдромом, пов'язано насамперед із відсутністю ефективної системи курації й адекватних методів контролю за станом таких пацієнтів.

| **Апалічний синдром** | **Стан вирішення проблеми у світі** |
|---|---|
| Термінологія | + |
| Дефініція | + |
| Етіологія | + |
| Статистика | + |
| Патогенез | + |
| Запобігання виходу хворих в АС | – |
| Діагностика | + |
| Диференціальна діагностика | + |
| Ведення (лікування й апаратний моніторинг) | – |
| Санітарно-гігієнічний догляд | + |
| Етичні аспекти | – |
| Прогнозування | – |
| Юридичні аспекти | – |

Динаміку відновлення функцій ЦНС у межах восьмибальної шкали Ранчо Лос Амігос (1980) представлено стадіями акінетичного мутизму, "малої" свідомості та "великої" свідомості.

Основні напрями курації на стадії "малої" свідомості:

- адекватна гемодинамічна корекції медикаментозними сумішами;
- психокорекція;
- логопедична корекція;
- фізичні навантаження та вертикалізація.



*Лікар-боягуз — то найгірший лікар, тому що він завжди знайде тисячу можливостей нічого не робити для хворого.*
*Б.Е. Вотчел*

Стадія "великої" свідомості забезпечує змогу безпосередньої участі хворих у подальшому тренуванні вестибулярної частини нервової системи. Повільна ходьба, обертання, нахили голови й тулуба — усе це пацієнти виконували самостійно, без сторонньої допомоги.

*Колектив Центру готовий до роботи з найскладнішими хворими. Єдина умова — родичі пацієнта також повинні працювати відповідно до програми реабілітації, окресленої командою наших фахівців*

"Робітнича газета" № 103 від 18 липня 2002 р.

## ВІН ВИЙШОВ ІЗ КОМИ І ПОПРОСИВ... БІЗНЕС-ПЛАН

***Фахівці Київського науково-методичного центру впевнені, що можна повернути до життя навіть безнадійно хворих***

*"Якщо ваш чоловік не помре до завтра, то, можливо, протягне щонайменше тиждень", — говорили лікарі, але вона не хотіла цього чути. І вирішила не здаватися — всупереч долі, яка підготувала їй сім'ї таке страшне випробування...*

*Лихо сталося пізнього вересневого вечора 1999 року. Успішний бізнесмен, співвласник спільного україно-чеського деревообробного підприємства повертався додому, не підозрюючи, що на дорозі його вже чекають зловмисники. Хто наважився зазіхнути на життя 40-річного чоловіка, невідомо досі. Після удару якимось тупим предметом по голові Василь іще якийсь час був притомним, але поки "швидка" домчала до лікарні, він уже нікого не впізнавав і нічого не відчував. Тяжкий випадок, вважали медики. Місяць у реанімаційному відділенні, потім — у нейрохірургічному, на жаль, не принесли нічого втішного. Першим проблиском надії стало повідомлення про те, що пацієнт почав дихати сам. Але хоч як Тамара намагалася "достукатися" до свідомості чоловіка, розмовляючи з ним і торкаючись до рук коханого, їй так і не вдалося побачити в його очах вогник життя...*

*Коли їй розповіли про випадок Галини Кривової, котру після тривалої коми вдалося повернути до життя фахівцям київського науково-методичного центру "Істина", Тамара Олександрівна одразу ж ухопилася за цю ниточку. "Якщо вам не допоможе Уляна Богданівна, допомоги більше чекати нема звідки", — скрушно сказала їй мама Галини.*

*Лікар Уляна Лущик, генеральний директор центру, приїхала до Луцька за першим викликом. Обстеживши хворого, відверто сказала: випадок дуже складний, але надія залишається завжди. Після кожного курсу лікування, призначеного Уляною Богданівною за її авторською методикою, апаратура підтверджувала: зміни на краще є. У Києві Василеві Ілюку належало пройти серйозний курс терапії та реабілітації — з ним працювали фахівці широкого кола: від невропатолога до психолога. Перше слово чоловік вимовив після дев'яти місяців коми... Зараз Василь Іванович не тільки розмовляє і ходить — до нього дедалі впевненіше повертається інтерес до життя. "А нещодавно, — розповідає Уляна Лущик, — нарікав, що надто вже засидівся без роботи, і попросив принести йому... бізнес-план. Ми з колегами навіть присвоїли Василю Івановичу титул "Радість року" — стільки приємних хвилин пережили ми, спостерігаючи за кожним його новим кроком до одужання".*

*Сьогодні можна впевнено говорити про те, що тривала кома — не вирок для хворого та його сім'ї, вважає Уляна Богданівна. Навіть якщо коматозний стан триває місяці й роки, існують реальні шляхи, щоб повернути людину до життя, повернути її сім'ї та суспільству, утверджуючи тим самим гуманність медичної науки.*

*Доктор медичних наук Уляна Лущик вважає, що вживати стосовно будь-якого хворого слово "безнадійний" некоректно і несправедливо. "Якщо залишається хоча б маленька ниточка надії, треба боротися за життя", — це не лише перифраз клятви Гіппократа, яку свого часу давала випускниця Тернопільського медінституту Лущик, але і її професійне кредо. Кидаючи виклик хворобам, перед якими, бува, опускають руки світила медицини, вона дарує людям не тільки надію, а й, трапляється, стає "хрещеною матір'ю" нового життя.*

*Так було з Аллою Л., молодою жінкою з Луцька, у котрої як ускладнення після грипу виникла клінічна картина розсіяного склерозу. Тяжка недуга нерідко уражає молодих людей і проявляється в порушенні здатності пересуватися. Хворі не тільки стають непрацездатними, але навіть неспроможні самі себе обслуговувати,*

*адекватно сприймати дійсність, контролювати свої емоції. Після того, як Алла пройшла перший курс лікування за методикою Уляни Лущик, у неї з'явилися самокритичність і самоконтроль, вона почала говорити. Упродовж двох років жінка перебувала під наглядом фахівців центру, повністю відновилася її працездатність — працювала вчителем. Коли Алла вийшла заміж і відчула, що вагітна, місцеві лікарі забили на сполох: народжувати не можна, адже невідомо, якими можуть бути наслідки. "Ми ж, продовжуючи контролювати стан Алли, наполягали на вагітності, оскільки не знаходили в її організмі жодних загрозливих для життя змін, — розповідає Уляна Богданівна. У результаті наша пацієнтка народила здорового, міцного малюка. А нещодавно я дізналася від Алли по телефону, що вона стала мамою вдруге..."*

*Виявляється, захворювання, пов'язані із судинами головного мозку: неврози, інсульти, мігрень, гіпертонію, затримку психомоторного розвитку в дітей, енцефалопатії — можна успішно діагностувати й лікувати. Метод, який протягом багатьох років розробляла Уляна Лущик, дає змогу побачити найменші порушення в артеріях і венах головного мозку, інших органах, патології кровообігу, порушення насосної функції серця. І завдання лікаря — своєчасно виявити ці зміни, правильно встановити діагноз, знайти потрібний підхід до одужання. Схема лікування розписується індивідуально для кожного хворого з урахуванням усіх особливостей організму. Спеціальні "коктейлі", переважно з препаратів вітчизняного виробництва, вводяться хворому внутрішньовенно і за допомогою блокад. Щоб уникнути зайвих "експериментів" і переконатися в ефективності лікування, дія ліків контролюється за допомогою спеціальної апаратури.*

*Із кожним пацієнтом інколи доводиться працювати по дві-три години. До київського науково-медичного центру приїжджають не лише з усієї України — тут лікувалися пацієнти з Москви, Якутії. Дівчинку Катю з Конго мама привезла в центр за порадою подруги. У дитини діагностували затримку розумового розвитку: в тринадцять років дівчинці насилу вдавалося писати, майже не виходило рахувати і логічно мислити. Після курсу лікування, призначеного Уляною Лущик, справи пішли на краще.*

*У центрі існує комплексний підхід до лікування. Після обов'язкового пригощання "коктейлями" з пацієнтами працюють педіатри, психологи, неврологи, логопеди. А в неприйомні дні співробітники займаються науковою роботою, пишуть і захищають дисертації — шукають нові шляхи подолання складних недуг.*

*Юлія КОСИНСЬКА*

*Василь Іванович на різних етапах реабілітаційного процесу — від відновлення навичок самообслуговування до соціалізації*

**ОЛЕКСАНДР Ф.**, 1977 року народження

**Діагноз:** вегетативний статус унаслідок ЗЧМТ, забою мозку тяжкого ступеня (лютий 2004 р.).

Тривалість коми 1 тиждень.

Початок лікування: листопад 2004 р.

Проведено 4 планові курси інтенсивної нейрореабілітації тривалістю по 30 днів до липня 2005 р.

**ДИНАМІКА:**

**а) неврологічно:**

*до лікування* — неадекватний, агресивний, активні рухи в шиї та правій руці, плегія з верхньогрудного рівня, відсутній контроль за тазовими органами, грубі контрактури в суглобах рук, хвилеподібна гіпертермія (37,5—38,5° С);

*після курсів лікування* — активні рухи в ногах, ходьба з підтриманням під руки, контроль фізіологічних потреб, зменшення контрактури суглобів на 60—70%, нормальна температура тіла;

**б) гемодинамічно:**

до лікування — дефіцит мозкового кровопостачання до 40% від фізіологічного, різко знижена насосна функція міокарда, ангіоспазм, внутрішньочерепна гіпертензія, виражений венозний застій;

після курсів лікування — мозковий кровоплин на рівні до 70—80% від фізіологічного, зменшився ангіоспазм, у вертикальному положенні відсутній діастолічний дефіцит, залишки венозного застою;

**в) психологічно:**

*до лікування* — загальний стан психічної сфери відповідає 15—16-річному віку, потерпає оперативна пам'ять, емоційно нестабільний, некритичний, порушено логіку, крайній ступінь психічної виснажливості;

*після курсів лікування* — суттєво поліпшилася оперативна пам'ять, відновилася логічність у судженнях, працездатність протягом 45—60 хв., критичний до своїх учинків, пише, малює, освоює основи декламування:

**г) логопедично:**

*до лікування* — дизартрія, сенсорна афазія, амнестична афазія, ехолалія;

*після курсів лікування* — розмірений темп мовлення, чітка вимова, називає предмети, розуміє звернену мову складного рівня.

*Labor improbus omnia vincit. — Наполеглива праця все долає.*

*"Істина" живе надією. І дарує її тим, хто мріє про одужання*
*Якби не наші новітні технології, ці хворі залишались би безнадійними*

**АНДРІЙ Ю.**, 1981 року народження

**Діагноз:** вегетативний статус унаслідок ЗЧМТ (серпень 2001 р.), забою головного мозку тяжкого ступеня, субарахноїдально-паренхіматозного крововиливу, набряку головного мозку.

Тривалість коми 3 тижні.

Початок лікування: лютий 2002 р.

Проведено 5 планових курсів інтенсивної нейрореабілітації тривалістю по 30 днів до листопада 2005 р.

**ДИНАМІКА:**

**а) неврологічно:**

*до лікування* — контакт різко обмежений, судомний синдром, спастичний парез рук, глибокий спастичний парез ніг, парез погляду та повороту голови, відсутній контроль за тазовими органами, грубі контрактури в суглобах рук, гіпертермія (37,5—38,5° С);

*після курсів лікування* — достатні рухи в руках, активні рухи в ногах, ходьба з підтриманням під руки, контроль фізіологічних потреб, зменшення контрактури суглобів на 60—70%, нормалізація температури тіла;

**б) гемодинамічно:**

*до лікування* — залишковий кровоплин до 15—20% від фізіологічного рівня мозкового кровопостачання, ангіоспазм, функціональна недостатність аортального клапана, виражене артеріовенозне шунтування в кавернозний синус, виражений венозний застій;

*після курсів лікування* — збільшення мозкового кровопостачання до 50% від фізіологічного, суттєво зменшився ангіоспазм, наросла нагнітальна функція міокарда, утримується артеріовенозне шунтування ліворуч;

**в) психологічно:**

*до лікування* — загальний стан психічної сфери відповідає восьмирічному віку;

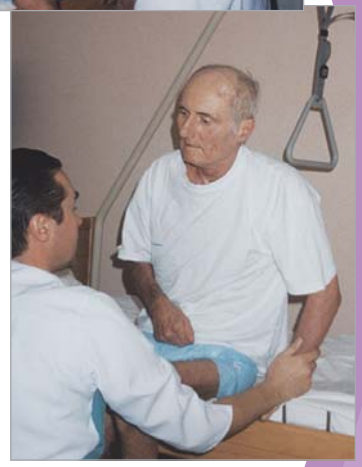
*після курсів лікування* — з'явилося бажання спілкуватися з іншими — слухати розмови, взаємодіяти. Прояви пізнавальної активності — стійкий інтерес до вправ і завдань на розвиток пізнавальних процесів, слухання достатніх за обсягом художніх текстів. Повторює спроби для поліпшення результатів;

**г) логопедично:**

*до лікування* — глибока дизартрія, сенсорна афазія, амнестична афазія;

*після курсів лікування* — дизартрія, розуміє звернену мову складного рівня, наявне внутрішнє мовлення.

**АНАТОЛІЙ З.**, 1941 року народження



**Діагноз:** Вегетативний статус унаслідок ЗЧМТ (січень 2001 р.), забою мозку тяжкого ступеня, гострої субдуральної гематоми, набряку головного мозку.

Тривалість коми 2 тижні.

Початок лікування: вересень 2002 р.

Проведено 7 планових курсів інтенсивної нейрореабілітації тривалістю по 30 днів до липня 2004 р.

**ДИНАМІКА:**

**а) неврологічно:**

*до лікування* — контакт мінімальний, не розуміє зверненої мови, постійне горизонтальне положення, активні рухи шиї та лівої руки, глибокий спастичний парез ніг, ослаблений контроль за тазовими органами, грубі контрактури в суглобах правої руки, колінних і кульшових суглобах, постійна гіпертермія (37,5° С), виражений остеопороз;

*після курсів лікування* — самостійно сідає, сидить без підтримки, достатній контроль фізіологічних потреб, зменшення контрактури суглобів на 30—40%, нормальна температура, збільшено насичення кальцієм кісткової тканини;

**б) гемодинамічно:**

*до лікування* — дефіцит мозкового кровопостачання до 80% від фізіологічного, ангіоспазм, венозний застій, вентрикуло-перитонеальний шунт функціонує в робочому режимі;

*після курсів лікування* — дефіцит мозкового кровопостачання до 40% від фізіологічного, зменшився ангіоспазм, суттєво знизився венозний застій, вентрикуло-перитонеальний шунт функціонує у резервному режимі;

**в) психологічно:**

*до лікування* — загальний стан психічної сфери відповідає 18-річному віку, різко виражений негативізм, відсутня пізнавальна активність;

*після курсів лікування* — доступний контакту, адекватний, виконує прості вербальні інструкції, із цікавістю переглядає книжки, почав писати, малювання не вдається, емоційний фон переважно мажорний;

**г) логопедично:**

*до лікування* — артикуляційна апраксія, розуміння мови ситуативне, не читає, ехолалія;

*після курсів лікування* — розмірений темп мовлення, читає, чітка вимова, називає предмети, описує їх, розуміє звернену мову складного рівня, домінування внутрішнього мовлення.



*Світ, певно, врятувати вже не вдасться,*
*але окрему людину — завжди можна.*
*Йосип Бродський*

## ДЕЯКІ РОЗДУМИ ЩОДО СТРАТЕГІЇ РОЗВИТКУ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ

*Підготовлено для виїзної колегії міністерств охорони здоров'я, праці, освіти щодо реформування системи реабілітації в Україні*

1. Згідно з визначенням ВООЗ, реабілітація людей із вадами — це процес, що має на меті досягнення людиною її оптимального фізичного, емоційного, інтелектуального, психологічного та соціального функціональних рівнів. Реабілітація забезпечує людей із вадами методами, які необхідні для досягнення ними незалежності та самовизначення.

Вважаю, що в основі підходів до реабілітації будь-якого члена суспільства повинні лежати постулати відновного характеру від рівня самообслуговування до мінімального працевлаштування (програма-мінімум) та до відновлення професійної активності (програма-максимум).

2. У нашому суспільстві сформувався стереотип стосовно того, що держава повинна виступати фінансовим спонсором для підтримки хворих і знедолених без спроби повернути їх до соціально активного життя. З іншого боку, пацієнт, який отримує державну дотацію у вигляді пенсії, допомоги тощо, поступово звикає до постійної допомоги, й це зменшує його мотивацію щодо активного життя.

3. Сьогоднішній підхід до реабілітації шляхом поділу її на реабілітацію соціальну, професійну, медичну і т. ін., не дозволяє визначити кінцеву мету вкладення державних коштів та не дає змоги простежити його ефективність. Держава виділяє кошти, не отримуючи зворотного зв'язку й дієвого ефекту, відсутня статистика щодо того, скільки відсотків пацієнтів вилікувалися, скільки відсотків інвалідів свідомо прогресують у напрямі раціонального працевлаштування. Незважаючи на титанічні зусилля держави, постійно спостерігається тенденція до зростання кількості інвалідів.

4. Реабілітаційні програми за своїм наповненням повинні бути індивідуально орієнтованими, комплексними мультидисциплінарними з різновекторним впливом на особистість (психологічна, соціальна, професійна, медична реабілітація — всі ці різновиди має бути представлено в реабілітаційному центрі). План лікування має бути розроблено реабілітаційною командою й чітко зазначено в ньому мету, якої мінімально або максимально можна досягти за конкретний термін. План реабілітації повинен бути конкретними щодо кожного пацієнта та прогресивним щодо рівня відновлення психоневрологічних чи соматичних функцій. Перед пацієнтом теж має бути поставлено мету — наприклад, протягом цього року досягаємо рівня самообслуговування, а наступного — окрім медичної реабілітації, рухаємося в напрямі соціальної та/чи професійної реабілітації з виходом на мінімальне працевлаштування. Лише за наявності мотивації до праці та орієнтації на соціальну значущість кожної особистості наше суспільство може сподіватися на зміну пріоритетів в інвалідів: має превалювати потреба раціонального працевлаштування, а не просто одержання пенсії з інвалідності.

5. Дуже важливою є проблема дітей-інвалідів. Статус дитини-інваліда автоматично призводить до виключення з кадрових ресурсів як мінімум одного родича для догляду за такою дитиною. Далі вектор старань батьків спрямовано на оформлення пенсії. Наступний крок — як вижити. Питання лікування та інтенсивної безперервної реабілітації відходить на задній план. У ліпшому разі такі пацієнти отримують необхідні курси лікування й реабілітації один раз на квартал. З іншого боку, наш

*Роби те, що ти можеш,*
*із тим, що ти маєш, там, де ти є.*
*Теодор Рузвельт*

досвід показує, що такий пацієнт для досягнення стабільного результату повинен щоденно отримувати повний комплекс реабілітаційних заходів як у руховій, так і в мовній, логічній, психологічній та інших сферах для формування гармонійної особистості, а не вибіркової стимуляції однієї функції на тлі мозаїчного формування різних функцій організму. Тому доконечне потрібна державна програма підготовки реабілітаційних команд, які взяли б на себе професіональну роботу з такими дітьми, на противагу аматорським намаганням деяких мам на власний розсуд інтерпретувати проведення реабілітаційних занять. Окрім того, слід об'єднати зусилля соціальних служб, інших допоміжних служб профорієнтації для того, щоб якісно вести пацієнта й через певні проміжки часу демонструвати досягнуті результати.

6. Заслуговує на увагу програма вкладення державних коштів (суми майбутньої пенсії) в реабілітацію дитини-інваліда з метою виведення такого пацієнта на адекватний рівень у дошкільному віці з наступним відвідуванням загальноосвітньої школи та відходом від статусу інваліда. Таким чином, сума майбутніх пенсій, вкладена в реабілітацію, дає змогу оздоровлювати суспільство й зменшувати кількість дітей-інвалідів.

7. Гадаю, що саме такий принцип кінцевого звітування за використані кошти у вигляді фінансових зобов'язань підприємства, яке надає комплексні реабілітаційні послуги, дасть змогу змінити вектор державної політики в напрямі відновлення трудових ресурсів та зобов'язання інваліда до адекватного працевлаштування.

*Неодмінна умова успіху в боротьбі з хворобою — це постійна робота реабілітаційної команди з пацієнтом та невтомна боротьба пацієнта з хворобою. Хвороба полишає організм лише тоді, коли їй робиться незатишно в душі й тілі людини*

*Усі знають, якої магічної оздоровчої сили може набути чуле слово, почуте від лікаря, й навпаки, як іноді вбивчо в прямому сенсі слова впливає на хворого суворий холодний вирок лікаря, який не знає чи не хоче знати сили навіювання.*
*В.М. Бехтерев*

Готується до друку книжка У.Б. Лущик та Н.Г. Лущик **"Аналітичні аспекти гемодинамічних зрушень при судомних станах у людей різного віку"**, в якій викладено новітню концепцію гідродинамічного конфлікту та патологічного реагування судинної системи у хворих на епілепсію, що виникла на основі власних спостережень та з урахуванням праць на дану тему інших науковців. Один з авторів книжки, Лущик У.Б., з 1989 року вивчає проблему судомних реакцій організму та можливості гемодинамічної корекції в даного контингенту хворих. Завдяки індивідуально підібраному адекватному лікуванню було одержано позитивний клінічний та нейродинамічний регрес картини захворювання у 62% випадків, про що свідчать дані обстеження понад 400 пацієнтів із епілепсією з архіву наукової документації НМЦУЗМД "Істина".

Авторську методику "Спосіб лікування судомного синдрому" захищено патентом Держпатенту України № 71505 А від 31.12.03.

## КОНЦЕПТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ПАТОГЕНЕЗУ РОЗЛАДІВ КРОВОПОСТАЧАННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПРИ СУДОМНИХ СТАНАХ

• Порушення принципу Бернуллі. Кровоплин у кіркових ділянках мозку є найвіддаленішою зоною периферичного кровопостачання мозку. Тому найчутливішими до дизгемій є кіркові ділянки мозку, особливо зони суміжного кровопостачання ПМА – СМА (скроневі ділянки) та СМА – ЗМА (крайова звивина – астереогноз, дезорієнтація в часі та просторі).

• Порушення пропорційності спаду градієнта внутрішньосудинного тиску в єдиній замкненій системі "серце – артерії мозку – капіляри мозку – вени мозку – серце".

• Порушення принципу неперервності кровоплину в усіх церебральних артеріях.

• Порушення синхронності між адекватною нагнітальною функцією міокарда та необхідним рівнем мозкового кровопостачання при горизонтальному й вертикальному положеннях тіла.

• Гідродинамічний внутрішньочерепний конфлікт згідно з доктриною Monroe-Kellie за рахунок наростання рівня внутрішньочерепного тиску.

• Порушення артеріовенозної інтра- та екстрацеребральної рівноваги.

• Відповідно до теорії (Hassler W. et al., 1988) церебральний тиск перфузії (ЦТП) має перевищувати різницю між внутрішньосудинним тиском (ВСТ) та внутрішньочерепним тиском (ВЧТ):

**ЦТП> або = ВСТ–ВЧТ > 0.**

• Компенсаторне патологічне артеріовенозне шунтування.

• Ангіоспазм церебральних артерій.

• Патологія хребцевих артерій (синкопальні стани).

*Навряд чи існує таке ураження головного мозку, для якого б не було властиво за певних умов викликати епілепсію.*

*Д. Кольє*

**Психоневрологія**

Лікарі нині дедалі частіше стикаються із психосоматичними захворюваннями, в основі яких лежить прагнення втекти від реальності. Пацієнт "іде у хворобу", оскільки не може вирішити свої проблеми. Сьогодні найважливіше надбання психоневрології — це розуміння потреби виявлення психологічних установок та блоків на подальше існування особистості, що дає змогу подолати втрату інтересу до життя або домінування страхів над прагненням діяти після тривалих і руйнівних стресів. Тому в психоневрології на перший план поступово виходить проблема поєднання знань і досвіду психолога, психіатра, невролога, санолога.

**З арсеналу нетрадиційної медицини**

**Ландшафтотерапія**, тобто одержання позитивних емоцій через заглиблення в світ природи, — один із найпростіших методів відновлення сил. Проте ми маємо не лише перебувати в гармонії з природою, але й уникати конфліктів між свідомістю та тілом. Цілий ряд захворювань починається саме з цього конфлікту як протесту нашого єства проти певних учинків особистості. Тому процес лікування має охоплювати не лише тіло, але й душу.

**З арсеналу психотерапії**

На органи чуття людини впливає безліч найрізноманітніших фізичних і хімічних факторів. Застосування їх із лікувальною метою — ще один крок назустріч природі. І нюх, і слух, і зір можна використовувати для релаксації чи активізації організму. Так, відома з давніх-давен **аромотерапія** — вдихання ароматичних олій не просто викликає позитивні емоції, а й справляє лікувальний вплив.

А музичні твори здатні змінювати частоту серцевих скорочень і гармонізувати ритм роботи мозку. **Музикотерапія** допомагає долати не лише стреси та неврози, але й соматичні захворювання.

Завдяки **арттерапії** людина може змінити ставлення до своїх проблем, передаючи те, що її непокоїть, зображальними засобами. У процесі малювання чи іншої художньої діяльності розвиваються творче мислення, фантазія. Завдяки цьому пацієнт розкривається, починає йти на контакт і поступово розширює світогляд, змінюючи таким чином своє ставлення до власних переживань та установок.

**Захворювання опорно-рухового апарату**

Наш кістяк — це опора, що утримує всі органи й тканини. Закономірно, що надлишкова вага, раптові фізичні перевантаження, значне переохолодження тощо спричиняють захворювання опорно-рухового апарату — остеохондроз, артрит, артроз і т. ін. Сьогодні йде поглиблене вивчення особливостей функціонування кістково-м'язової системи. Ультразвукове дослідження опорно-рухового апарату дає змогу побачити повну картину стану суглобів, суглобової порожнини й хребта, встановити точний діагноз та причину захворювання. Завдяки цьому можна підібрати лікування, що коригуватиме обмінні процеси та кровопостачання кісткової тканини з подальшим реабілітаційним курсом масажу та кінезитерапії.

**Кінезитерапія** (від гр. kinema — рух) означає лікування рухом. Цей новітній немедикаментозний засіб терапії є природним чинником впливу на патологічні процеси. На відміну від лікувальної фізкультури, він базується на глибоких знаннях не тільки анатомії та біомеханіки, але й патофізіології серцево-судинної, нервової та інших систем організму. Для підтримання фізіологічного функціонування нервових клітин потрібен руховий стимул. Кінезитерапія активно використовує таку унікальну властивість нервової тканини, як нейрональна пластичність, що при утворенні в ній дефектів унаслідок захворювання дає змогу створити "аварійні" обхідні шляхи. Завдяки цьому можна досягти нормалізації функціонування центральної нервової системи й у хворих, які перенесли вкрай тяжкі стани, — пацієнт має змогу відновити рухову активність у побутовій, суспільній та професійній діяльності, що була в нього до хвороби.

*Прекрасне лише те, що природне.*
*Вольтер*

## КІНЕЗИТЕРАПІЯ В ЛІКУВАЛЬНІЙ ПРОГРАМІ ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ

*Дитячий аутизм є досить відомим стійким патологічним розладом психічних функцій дитячого віку. Він проявляється в різних формах, за різних рівнів інтелектуального розвитку. При досягнутому глибокому вивченні клініки такого розладу ще залишаються гіпотетичними причини, патогенез і лікування. З огляду на закономірності пізнання хвороб аутизм уважають малокурабельним у легких його проявах і найчастіше некурабельним у виражених.*

*У нормі розвиток багатофункціональності центральної нервової системи обов'язково передбачає зовнішній і внутрішній вплив на неї різноманітних подразників. Для отримання лікувального ефекту при патології ЦНС вроджений або набутий дефект окремої її функції має бути стимульовано специфічно, як прямими подразниками, так і опосередковано, через інші, повноцінні системи. Фоновий стан головного мозку аутичної дитини дає змогу реалізувати такий терапевтичний вплив та очікувати сприятливого прогнозу.*

*Лікування аутичних дітей провадиться комплексно та поетапно і за обов'язкового контролю за станом ЦНС методами об'єктивізації, до яких належать УЗДГ, комп'ютерна капіляроскопія, ЕЕГ, що доповнюють огляди дитячого невролога, логопеда, психолога, педіатра. Програма курації дітей з аутичними розладами базується на результатах зазначених обстежень. Зрозуміло, що процес лікування не має чітко визначених термінів одужання, бо віддаленість кінцевого результату випливає не тільки з тяжкості прояву хвороби, але й з індивідуальних особливостей окремо взятої дитини (соціального оточення, характеру, рівня педагогічної занедбаності тощо).*

*Нині існують три основні погляди на виникнення аутизму — біологічний, соціокультурний і психологічний. Прихильники біологічного пояснення особливу увагу звертають на мозочок. У людей із аутизмом у ранньому дитинстві виникають аномалії в цій частині головного мозку. Учені вважають, що мозочок допомагає людині швидко спрямовувати увагу на певний об'єкт. При його ураженні спостерігається відсутність фокусування уваги, розуміння словесних натяків, міміки інших людей і сприйняття соціальної інформації. Окрім того, передбачаються також патологічні зміни у стовбурі мозку, де розміщено ретикулярну формацію із її "енергозарядними системами".*

*Серед методів лікувального впливу на дітей з аутизмом важливу роль відіграє кінезитерапія. На перший погляд, аутична дитина істотно не відрізняється від здорових дітей порушенням статокінетичних функцій (сидіння, стояння, ходьба, біг, захоплення предметів, пошукові рухи). Однак при тривалішому спостереженні можна побачити в дитини відсутність сприйняття власних кінцівок як складників для досягнення біологічних цілей, уникнення фізіологічних для даного віку рухів. Лазання по драбині, стрибання на двох ногах або на одній нозі, раціональний рух у різних напрямках, діставання предметів із незручних положень є не контрольованими мозком, а мимовільними (спонтанними), у більшості ж випадків аутизму такі навички взагалі не сформовано. Навіть із віком удосконалення таких рухів не спостерігається, що в майбутньому обмежує можливості вже молодої людини та згодом іще більше віддаляє її від суспільства.*

*Складніші маніпуляції, наприклад із предметами, видаються взагалі неможливими. Можна спостерігати, як аутична дитина здійснює без певного сенсу удари палицею, просто штовхає м'яч, прокручує обруч. Самі дії є короткотривалими, без зацікавленості. Нові предмети дитина ігнорує або ж відсторонює після зовнішнього споглядання. Спостереження за рухом дзиґи, розкачуванням підвішеного предмета викликає лише позитивні емоції зі стереотипними рухами рук або ніг. Здорова дитина, користуючись предметами, забезпечує собі велику кількість життєво важливих дій, що потрібні як в особистій сфері (харчування, гігієнічні процедури, гра, навчання), так і в міжособистісних стосунках (придбання товарів, пошук інформації та обмін нею, колективна гра). Таким чином, дефіцит аналізу зовнішніх стимулів та відсутність інтегративності в центральній нервовій системі при аутизмі не може забезпечити нормального рухового розвитку дитини. Подальший природний ріст тіла не означатиме автоматичності в самостійному оволодінні особистими й соціальними функціями.*

*З огляду на те, що поряд із моторною затримкою розвитку стоїть затримка розвитку мовлення та психічних функцій, аутичні діти повинні розглядатися як суб'єкт комплексного і, більше того, інтенсивного лікування. Із такою метою для кожної дитини розробляють індивідуальний план. Роль батьків у ньому має бути далеко не другорядною.*

*Інтенсивне лікування є процесом, під час якого відбуваються великі енергетичні витрати, в першу чергу витрати потенціалу головного мозку. Навантаження при цьому лягає на дефіцитарні нейрональні групи й на окремо взяту функціональну одиницю — нервову клітину з її рівнем власного обміну речовин і роллю, яку вона відіграє в процесі гальмування чи збудження.*

*Невід'ємною частиною підтримання високого рівня обміну речовин у головному мозку є транспортна функція, яку забезпечують кровоносна та лімфатична системи разом із серцевою діяльністю. Медикаментозний вплив на організм дитини, яка отримує інтенсивні розумові, психічні та фізичні навантаження, відкориговують шляхом контролю за впливом лікарських препаратів методами УЗДГ судин головного мозку та капіляроскопії.*

*Кінезитерапія як один із лікувальних факторів у комплексному веденні аутичних дітей базується на основних педагогічних принципах — індивідуальності, поступовості, безперервності.*

*Забезпечення високої ефективності занять кінезитерапією і повноцінного контролю за результатами такого впливу досягають за допомогою роботи кваліфікованого інструктора, який має вищу педагогічну освіту та пройшов курси з оволодіння методиками курації дітей із аутизмом.*

*Матеріально-технічне забезпечення передбачає окремий зал для кінезитерапії з оптимальним мікрокліматом, шведською драбиною та іншим спеціальним обладнанням, нетвердим покриттям, звукоізоляцією, системою акустики для музичного супроводу, гармонійними малюнками та приємним кольоровим тлом на стінах тощо.*

*Довгостроковий план курації дітей з аутизмом формують за узгодження дій суміжних фахівців — психолога, логопеда, дитячого невролога та функціонального діагноста. Етапні плани складаються з огляду на досягнуті результати під час лікування і можуть коригувати вже наявний перспективний напрям. Під час курсового лікування слід проводити щоденне обговорення особливостей поведінки та змін в окремої дитини на заняттях. Запрошення на такі обговорення батьків є корисним для підтримання досягнутих результатів в аутичної дитини у міжкурсовий період.*

*Заняття кінезитерапією з аутичною дитиною мають проводитися п'ять разів на тиждень. Їхню тривалість визначає інструктор. При адаптації до навантажень оптимальним є 45-хвилинне заняття. Забезпечення енергопостачання для таких інтенсивних занять базується на медикаментозному супроводі, який передбачає щоденне ін'єкційне або ентеральне введення. Ефективими заняття вважаються тільки при появі ознак утоми в аутичної дитини на останньому робочому дні тижня.*

*Даної мети кінезитерапії можна досягти завдяки використанню широкого спектра методик впливу на розвиток просторової орієнтації (праворуч—ліворуч, верх—низ), координації, спритності, рівноваги, сили, ініціативності, високого рівня емотивності, володіння гімнастичними предметами, відчуття власних кінцівок, їх диференціювання. Головною при цьому є синергічна мовно-рухова стимуляція. Особливу увагу приділяють розвиткові сміливості, яка практично відсутня в аутичних дітей і проявляється страхом — перш за все перед новими завданнями та предметами.*

*На відміну від здорових дітей, у дітей з аутизмом при формуванні рухового поняття та навичок спостерігається суттєве зміщення у бік тривалішого, багаторазового повторення. Відсутність власної ініціативи в аутичних дітей навіть за наявності відпрацьованої кінестатичної схеми потребує від інструктора досконалого володіння методами її стимуляції через тілесні, слухові та зорові подразники. Глибоке розуміння інструктором із кінезитерапії особливостей дефекту психічної та мовної сфер при аутизмі підвищує ефективність занять і прискорює досягнення загальної мети комплексного лікування.*

*При досягненні дитиною рівня доцільних рухових навичок без предметів та з ними пацієнта переводять на наступний етап — етап розвитку соціальних інтеракцій, або взаємин. Для цього формується група із двох-трьох, а згодом трьох-чотирьох дітей, які мають аналогічний рівень розвитку. Схему занять коригують під колективну (суспільну) програму. Зазвичай у дитини виникає чергове адаптаційне напруження й навіть страх. Наявний кінестатичний багаж, який було одержано на попередньому етапі та який став звичним для неї, потребує корекції самою ж таки дитиною, що спонукає до ініціативності й пошуку контакту з іншими дітьми. Після адаптаційного періоду, який набагато коротший від аналогічного на попередньому етапі, аутична дитина "вплітається" в колективну поведінку під контролем інструктора з кінезитерапії. Спостерігаються дедалі частіше контактування через погляд, адекватна емоційна реакція, ініціатива щодо вже відомих пацієнтові рухових завдань, відчуття суспільного плану при ігровій діяльності.*

*Координація зусиль у лікуванні аутичної дитини між психологом, логопедом і кінезитерапевтом сприяє зменшенню термінів її підведення до соціуму з уникненням небажаної вторинної аутизації всієї родини та відкриває перед батьками змогу реалізувати свої надії стосовно майбутнього.*

*Ігор БАБІЙ,*
*головний лікар НМЦУЗМД “Істина”*

## ДЕМЕНЦІЯ АЛЬЦГЕЙМЕРІВСЬКОГО ТИПУ ТА СУЧАСНІ ЛІКУВАЛЬНІ МОЖЛИВОСТІ КІНЕЗИТЕРАПІЇ

*Проблема деменцій є нині досить актуальною, що значною мірою зумовлено наявністю тенденції до постаріння населення. Оглядаючи сучасну класифікацію деменцій у дорослих, можна простежити безсумнівне домінування частоти хвороби Альцгеймера (60 %) над іншими — деменцією тілець Леві (15 %), деменцією змішаною — судинною з альцгеймерівською (10 %), судинною (5 %), фронтотемпоральною (5 %), деменціями дисметаболічними (4—5 %) та викликаними різними чинниками (алкоголізмом, ЧМТ, пухлинами тощо). З огляду на демографічні характеристики очікується значне збільшення кількості пацієнтів із хворобою Альцгеймера або деменцією альцгеймерівського типу. Припускають, що в світі близько 24 мільйонів пацієнтів із хворобою Альцгеймера й у найближчі тридцять-сорок років їхня кількість потроїться.*

*За останні два десятиріччя досягнуто певних успіхів щодо розуміння патогенезу хвороби Альцгеймера. За своїм походженням цей нейродегенеративний процес в одних випадках має спадковий характер, а в інших — є спорадичним. Він характеризується поступовим малопомітним початком, невпинним прогресуванням розладів пам'яті та вищих кіркових функцій до межі тотального розпаду інтелекту й психічної діяльності, а також типовим набором нейропатологічних ознак, які визначають при клініко-неврологічному обстеженні. При деменції альцгеймерівського типу в ранніх її проявах спостерігається погіршення професійного або соціального функціонування людини. На нейрональному рівні запускається та має прогресуючий тип перебігу суттєве зниження як нейрометаболічних, так і нейромедіаторних (холінергічного, норадренергічного, серотонінергічного, глутаматергічного, ГАМК-ергічного тощо) механізмів. Після встановлення діагнозу відповідно до загальноприйнятих критеріїв про наявність даного захворювання призначають здебільшого медикаментозне лікування, яке спрямовано на основні патогенетичні ланки. Певних успіхів у медикаментозній курації досягнуто завдяки використанню аміридину, донепезилу (арицепту), галантаміну, гліатиліну, ривастигміну (екселону), мемантину, антидепресантів, антипсихотиків, снодійних, анксіолітиків. З огляду на аспект симптоматичності та побічних явищ зазначених препаратів загальний позитивний ефект утрачає частину доцільності. Тому дослідження патогенезу захворювання й пошук ефективних шляхів лікування тривають.*

*Про спроби використання кінезитерапії як повноправного та ефективного методу в лікувальному процесі хворих із деменцією альцгеймерівського типу в літературі згадок немає. Очевидно, що такий природний фактор впливу на центральну нервову систему, як кінезитерапія, не повинен ігноруватися при більшості хвороб, до яких належить і хвороба Альцгеймера, яка, тим більше, досить часто не є обтяженою абсолютними протипоказаннями до фізичних навантажень.*

*Загальновідомо, що лікувальний ефект кінезитерапії спрямовано передусім на серцево-судинну та нервову системи. У нормі запуск будь-якого руху забезпечується шляхом активації кори головного мозку та подальшою динамікою нервового імпульсу в білій речовині мозку. При деменції альцгеймерівського типу проведення такого імпульсу має забезпечуватися й тими нейрональними групами, які уражено.*

*Сенсорна система, яку представлено органами чуття (глибока та поверхнева чутливість, зір, слух, смак, нюх), а також частина моторної системи (альфа-мотонейрон стовбура головного або спинного мозку та його аксон у вигляді периферичного нерва) при ранніх стадіях деменції альцгеймерівського типу не виявляють симптомів ураження. Місцем лікувального прикладання кінезитерапії є головний мозок, зокрема його кора, яка сприймає неспотворений імпульс із довкілля й тому активізується в напрямі рефлексії через численні низхідні провідні шляхи. Подальший імпульс поступово згасає в найбільш уражених нейрональних групах білої речовини головного мозку, оскільки спотворюється, слабне й стає малоефективним, а в тяжких випадках зникає або інвертується. Якщо говорити узагальнено, то у функціях кінестатичної системи спостерігається розрив зв'язку "думка — команда на рух — нейрональне підтримання команди", що призводить до розпаду стрижня цілеспрямованих дій. Такий патофізіологічний стан проявляється у хворого уважним сенсорним сприйняттям інструкції з наступною відносно цілеспрямованою ініціацією руху, яка одразу ж припиняється, стає хаотичною, надалі виникають розгубленість, зніяковіння та панічний стан, спричинений безпорадністю. Ця картина спостерігається при комплексному діагностичному огляді й потрактовується як апраксія. Окремими тестами визначають такі типові симптоми хвороби Альцгеймера, як афазія та агнозія.*

*Активація метаболізму нейрона та нейромедіаторних механізмів потребує не тільки замісної, або "енергергічної", терапії, але й стимуляції фізіологічних рівнів функціонування через їх прогресуюче нав'язування в тренувальному режимі. Такий вплив є синергізувальним у реабілітації пацієнтів із хворобою Альцгеймера, не потребує спеціального устаткування, не викликає ускладнень і при висококваліфікованому*

*медично-педагогічному підході сприймається на позитивному емоційному рівні. Наявність не тільки когнітивних (зниження рівня пам'яті, концентрації уваги, синтезу та аналізу, планування або програмування), психічних (депресія, відчуття непотрібності, безсоння, агедонія, тривожність), але й поведінкових дисфункцій (фізична агресія, ажитація, псевдоігнорування важливої інформації) є підтвердженням іще одного варіанту ефективного застосування кінезитерапії як лікувального методу.*

*Серед рухів, схема яких розпадається при деменціях альцгеймерівського типу на ранніх стадіях хвороби, є складні професійні та побутові навички. Насамперед починають потерпати ті рухи, які має бути забезпечено численними синаптичними передачами й тривалим підтриманням або контролем інших аналізаторних систем. Кінезитерапія в мультидисциплінарному лікуванні хворих на деменцію альцгеймерівського типу має бути тісно пов'язаною із заняттями нейропсихолога та логопеда й відповідати чітко визначеним фармакологічним аспектам медикаментозного впливу. Моніторинг стану гемоциркуляторного русла центральної нервової системи шляхом ультразвукової допплерографії дає змогу оцінювати вплив кінезитерапії на гемодинаміку й коригувати навантаження під час курсів кінезитерапії та простежувати динаміку позитивного впливу групи фізичних вправ, що в результаті пришвидшує досягнення кінцевої мети курсу лікування.*

*На ранніх стадіях деменції альцгеймерівського типу кінезитерапія виконує завдання з відновлення рухових побутових та соціальних навичок, що зберігає звичну роль пацієнта серед його близьких, підвищує рівень самосприйняття, потрібності тим, хто його оточує.*

*У вузькому розумінні заняття кінезитерапією з відновлення рухової, когнітивної та психоемоційної сфер являють собою динамічний планомірний процес і базуються на таких завданнях:*

*1. Відновлення адекватного сприйняття власного тіла з формуванням простих кінестатичних функцій. Реалізація цієї мети відбувається через відокремлені рухові завдання (вправи) для кожної кінцівки, для верхніх та нижніх кінцівок, ходьбу приставними кроками, спиною вперед тощо.*

*2. Стимуляція підтримки нейрональних передач у межах однієї півкулі та міжпівкульних переключень шляхом ритмічних простих рухів із наступним прискоренням та збільшенням загальної кількості повторень.*

*3. Включення до біомеханічної системи організму пацієнта функцій координаторної сфери через долучення до рухових завдань зміни стандартних площин (фронтальної, сагітальної та горизонтальної).*

*4. Виокремлення найбільшою мірою відновлених моторних блоків, підведення їх до автоматизму із наступним об'єднанням у складніші та багатоцільові.*

*5. Комбінування функцій моторної сфери із функціями слухового та зорового аналізаторів шляхом виключення одного чи обох із кінестатичної системи.*

*6. Тренування стійкості відновлених навичок щодо сторонніх слухових та зорових перепон.*

*7. Адаптація до соціуму в малочисленних групах однієї нозології.*

*8. Відновлення спонтанної громадської ініціативи в побуті, спілкуванні з незнайомими людьми, індивідуальному орієнтуванні за межами звичного оточення.*

*9. Формування гармонійних творчих напрямів розвитку особистості в зміненому іміджі пацієнта.*

*Наш досвід та результати впливу кінезитерапії на пацієнтів із деменціями альцгеймерівського типу свідчать про важливе місце даного методу лікування в досягненні стабілізації патологічного процесу, а в деяких випадках і регресу цієї хвороби.*

*Ігор БАБІЙ, головний лікар,*
*Уляна ЛУЩИК, науковий керівник*
*НМЦУЗМД "Істина"*

"Ваше здоров'я" № 31 від 16 серпня 2002 р.

## "ІСТИНА" СПРАВДЖУЄ НАДІЇ

*Економічний хаос останніх років боляче вдарив по розвитку науки в Україні, зокрема науки медичної. Однак попри всі складнощі вона не стоїть на місці. Розчарування змінюються надіями. Оскільки нині назріла доконечна потреба індивідуального патофізіологічно та патогенетично обґрунтованого підходу до діагностики та корекції ранніх проявів хворобливого стану людського організму з метою профілактики критичних станів, вельми важливою з огляду на це стає швидкість упровадження передових досягнень науки в практику, що дає змогу значно збільшити кількість пацієнтів, котрим можна реально допомогти вже зараз. Адже новітні методики діагностики та лікування, пов'язані з високочутливою апаратурою, дають змогу по-новому поглянути на деякі патологічні процеси та шляхи їх корекції. Прикладом такого плідного тандему науки й практики є робота приватного науково-методичного центру ультразвукової медичної діагностики "Істина" (м. Київ).*

*Центр "Істина" успішно працює вже понад шість років і весь час розвивається. Імідж "Істини" найперше створюють наукові керівники — доктор медичних наук, професор кафедри акустичної електроніки НТУУ "КПІ" Уляна Богданівна Лущик та професор, доктор фізико-математичних наук Віктор Володимирович Новицький, молоді тілом і душею, енергійні, заповзяті, сповнені грандіозних планів на майбутнє, які наполеглива праця колективу допомагає перетворити на реальність. Узявши на озброєння унікальну новітню методику, автором якої є Уляна Лущик, тут спеціалізуються насамперед на діагностиці й лікуванні захворювань, пов'язаних із порушенням мозкового кровообігу, — від мігрені, вегетосудинної дистонії, синдрому хронічної втоми до інсультів, черепно-мозкових травм, коматозних станів.*

*Принципово нову методику сертифіковано в Держпатенті України під назвою "Спосіб ультразвукової діагностики стану судин головного мозку", патент Держпатенту України № 10262 А від 19.07.95 і апробовано життям — вилікувано не одну тисячу пацієнтів навіть з екзотичними чи некурабельними діагнозами. Вона ґрунтується на одночасному вивченні не тільки артеріального припливу до мозку, але й венозного відтоку з нього і дає змогу неінвазивно дослідити стан і характер артеріального та венозного церебрального кровоплину в осіб різного віку в нормі та при цереброваскулярних захворюваннях, нейроінфекціях, травматичних ураженнях мозку.*

*Застосовуючи цю методику, лікарі центру "Істина" досягли певних успіхів у лікуванні таких захворювань, як розсіяний склероз, аутизм, епісиндром, дитячий церебральний параліч, розумова відсталість, тривалий апалічний синдром та багатьох інших. Знання та досвід допомагають їм знаходити нові шляхи лікування хвороб. І завдяки цьому вдається повертати до життя таких хворих, котрих за всіма давніми канонами медичної практики досі вважали "безперспективними". Наведемо приклади.*

*Півторарічна Тетянка К. з Вінниччини народилася в асфіксії, із судомним станом і вже на першому місяці життя проходила лікування в відділенні патології новонароджених. У неї виявили дитячий церебральний параліч, судомний синдром, затримку психомоторного розвитку. Батьки привезли доньку в центр "Істина", де вона пройшла обстеження, і розпочалося лікування. Було проведено курс інтенсивної нейрореабілітації, застосовувалася кінезитерапія, з дівчинкою працювали психолог і логопед. Нині судоми зникли; Тетянка краще почала рухатися і тримати голівку, зріс обсяг рухів у кінцівках; дитина повертається в бік подразника; з'явилося самостійне емоційне гуління як підготовчий етап розвитку активної мови. Динаміка психомоторного та мовного розвитку позитивна, проте попереду ще багато нелегкої напруженої роботи — аж до повного відновлення фізіологічної вікової норми.*

*У Сашка К. із Сум через порушення мозкового кровообігу виникали головний біль, запаморочення, а найбільше непокоїло батьків те, що в сина впав зір. Залишковий зір на момент звернення в "Істину" (1996 р.) був: праве око — 10 % і ліве око — 30 %. Курс лікування тривав безперервно чотири роки. У результаті в хлопчика зникли головний біль і запаморочення, найголовніше ж — удалося не лише відновити, але й стабілізувати гостроту зору на обидва ока на рівні фізіологічної норми 1,0. Катамнез протягом двох років: без лікування позитивний зір залишається стабільно 1,0.*

*Олександр Н. (23 роки) з Кіровоградщини відставав у розумовому розвитку. Курси лікування проводилися неодноразово впродовж кількох років. Завдяки цьому вдалося досягти його соціалізації, хлопець знайшов своє місце в житті та справу, до якої лежить душа. Повноцінно працює з технікою, зауважень по роботі в колективі не має. Минулого року створив сім'ю.*

*В Алли Лащук із Луцька (24 роки) як ускладнення після грипу виникла клінічна картина розсіяного склерозу. Після того як жінка пройшла перший курс лікування, в неї з'явилися критичність і самоконтроль, відновилося мовлення, вона змогла власноруч заповнити анкету. Понад*

*три роки Алла перебуває під контролем у центр "Істина". Через рік лікування вона цілком відновила працездатність. Коли Алла завагітніла, фахівці центру, які після кількох років боротьби з хворобою знали організм Алли досконало, не знаходили підстав для переривання вагітності. Сподівання та переживання мали щасливе завершення: в Алли народився здоровий малюк. Через певний час жінка наважилася й на другу вагітність і народила дочку. Мати і діти почувають себе добре. Саме після цього досвіду в науковій пресі з'явилися публікації про шкідливість аборту, а не вагітності у хворих на розсіяний склероз.*

*Проблему коми перед працівниками центру поставило саме життя. Коли після сумнозвісних подій у Червонограді було виведено з коматозного стану тривалістю один місяць 13-річну Галю Кривову, так і посипалися звернення до центру з аналогічними випадками.*

*Яскравий приклад успіху в реабілітації таких хворих — 40-річний Василь Ілюк із Волині, з яким фахівці центру "Істина" працюють уже близько трьох років. У нього внаслідок травми утворилася внутрішньомозкова гематома, і довелося робити операцію, після якої хворий не приходив до пам'яті, незважаючи на ювелірну точність нейрохірургічного втручання. Церебральна кома тривала п'ять місяців. У медицині досі побутувала думка, що в таких випадках мозок атрофується, тобто людина приречена вести рослинне існування. Однак попри все це за хворого боролися його родина та колектив центру "Істина", де на той час уже мали великий досвід виведення таких хворих із коматозного стану. І чоловік повернувся до життя, нині навіть думає про те, щоб знову стати до роботи, що розкриває нові обрії перед медициною.*

*Залишається проблемою лише фінансування такої складної та тривалої нейрореабілітації — на неї йдуть не місяці, а роки. Більшість сімей фінансово неспроможні довести свого хворого родича до практичного видужання.*

*Центр "Істина" нині відомий не лише в Україні. Сюди приїздять пацієнти з Росії, Білорусі, Молдови, Грузії, Якутії і навіть... з Африки. Нерідко лікарі привозять своїх рідних для уточнення діагнозу, а за потреби й для лікування.*

*Сьогодні центр вийшов на рівень створення власної клініки та школи професора Уляни Лущик. Творча молодь центру — це фахівці, для яких наука не лише спеціальність, але й хобі. Нинішній день "Істини" — це нові підходи в діагностиці та лікування, це навчання та вдосконалення в лікарській, сестринській, інженерній справі, це обмін досвідом на міжнародних конгресах і проведення власних конференцій, це багатюща бібліотека медичної літератури, одне слово, це завжди пошук.*

*Олена БОНДАР*

*Зацікавлення — перший крок до пізнання*

**НАЗАР Н.**, 2000 року народження

**Діагноз:** вегетативний статус унаслідок вірусного менінгоенцефаліту (липень 2001 р.).
Тривалість коми 3 тижні.
Початок лікування: листопад 2002 р.
Проведено 11 курсів інтенсивного лікування тривалістю по 2 тижні до липня 2004 р.

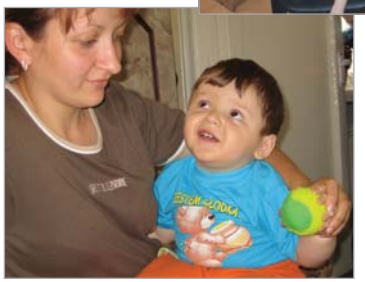
**ДИНАМІКА:**

**а) неврологічно:**
*до лікування* — судомний синдром, відсутність контакту, рівень розвитку рухової сфери відповідає дво-тримісячному віку, постійна гіпертермія (38—38,5° С);
*після курсів лікування* — відміна протиепілептичних препаратів, відсутність судом, стоїть із утримуванням руками за опору, є ходові рухи, добрий емоційний контакт, третій рівень домовного розвитку, нормальна температура тіла;

**б) гемодинамічно:**
*до лікування* — залишковий кровоплин до 15—20% від фізіологічного рівня мозкового кровопостачання, ангіоспазм, діастолічний дефіцит;
*після курсів лікування* — дефіцит мозкового кровопостачання до 50—60% від фізіологічного, зменшився ангіоспазм, зник діастолічний дефіцит;

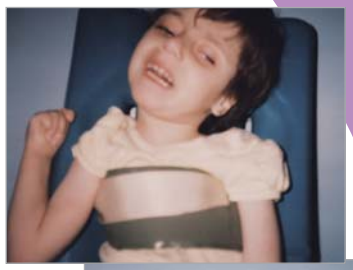
**в) психологічно:**
*до лікування* — загальний стан психічної сфери відповідає двомісячному віку;
*після курсів лікування* — жвава мімічна реакція на звернення, сміх, розвивається дрібна моторика, дитина грається нескладними іграшками;

**г) логопедично:**
*до лікування* — відсутність мовлення та реакції на нього (тотальна алалія);
*після курсів лікування* — дитина лепече, активна фонація, встановлено артикуляційні позиції голосних.



*Nil sine magno vita labore dedit mortalibus. —*
*Життя нічого не дає смертним без наполегливої праці.*
*Горацій*

**КАТЯ К.**, 2001 року народження



**Діагноз:** вегетативний статус унаслідок новоутворення III шлуночка. Видалення пухлини та вентрикуло-перитонеальне шунтування (травень.2001 р.).

Тривалість коми 1 місяць.

Початок лікування: листопад 2004 р.

Проведено 4 планові курси інтенсивної нейрореабілітації тривалістю по 30 днів до липня 2005 р.

**ДИНАМІКА:**

**а) неврологічно:**

*до лікування* — контакт відсутній, декортикаційна ригідність, судомний синдром (за типом grand mal 6—8 разів на добу, парціальні напади до 30—35 на добу), відсутній контроль фізіологічних випорожнень, гіпертермія (37,5—38,5° С);

*після курсів лікування* — активні рухи в ногах, самостійне перевертання в ліжку;

**б) гемодинамічно:**

*до лікування* — залишковий кровоплин у проксимальних сегментах церебральних артерій до 15% від фізіологічної норми, внутрішньочерепна гіпертензія передньої черепної ямки, венозний застій, діастолічний дефіцит;

*після курсів лікування* — дефіцит мозкового кровопостачання до 50% від фізіологічного, зменшилися внутрішньочерепна гіпертензія та венозний застій;

**в) психологічно:**

*до лікування* — загальний стан психічної сфери відповідає одномісячному віку;

*після курсів лікування* — простежується реакція на звернення, сміх. Розвивається дрібна моторика - з'явилася змога утримувати предмети, робити кілька коливань брязкальцями. З'явилася найпростіша пізнавальна активність - спостереження за предметом, його переміщенням, прислуховування до розмов тих, хто оточує;

**г) логопедично:**

*до лікування* — перший рівень домовного розвитку (відсутнє мовлення);

*після курсів лікування* — другий рівень домовного розвитку (гуління, інтонаційність).

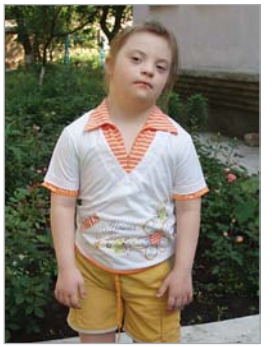
*"Істина" живе надією. І дарує її тим, хто мріє про одужання*
*Якби не наші новітні технології, ці хворі залишались би безнадійними*

*Не можна відокремити медицину тіла від медицини душі. Існує єдиний світ, у якому ми стикаємося з нескінченно складними феноменами.*
*Андре Моруа*

**ТАНЯ Б.**, 1998 року народження

**Діагноз:** хвороба Дауна. Затримка психомовного та статокінетичного розвитку.
Початок лікування: серпень 2004 р.
Проведено 10 планових курсів інтенсивного розвивального лікування тривалістю по 15 днів до жовтня 2007 р.

**ДИНАМІКА:**



**а) неврологічно:**

*до лікування* — контакт загальмований, відсутнє розуміння мови та її репродукція, неможливість до організації, орієнтувальний рефлекс без інстинкту самозбереження, активний негативізм щодо оточення;

*після курсів лікування* — сприймає структуру уроків, увага стійка, виконує рухові інструкції середнього ступеня складності, у спілкуванні з ровесниками виявляє конструктивну ініціативу;

**б) гемодинамічно:**

*до лікування* — внутрішньочерепна гіпертензія в передній черепній ямці, венозна гіпертонія, більше ліворуч, виражене патологічне шунтування в кавернозний синус;

*після курсів лікування* — ознаки легкої внутрішньочерпної гіпертензії в передній черепній ямці, помірна венозна гіпертонія, патологічне шунтування зменшилося до ниткоподібного;

**в) психологічно:**

*до лікування* — загальний стан розвитку психічної сфери відповідає дворічному віку;

*після курсів лікування* — дівчинка здатна навчатися навичкам самообслуговування. Розвивається мовлення — збільшується запас активного й пасивного словника, дитина будує нескладні речення, підтримує діалог, самостійно звертається до дорослих. Формуються навички читання, лічби. Пізнавальні процеси набувають ознак довільності, розвивається мислення. Самостійно малює сонце, хатинку, хмаринку, дощик, квітку;

**г) логопедично:**

*до лікування* — другий домовний рівень розвитку (гуління);

*після курсів лікування* — другий мовний рівень розвитку (мовлення за допомогою нескладних речень).

**СЕРГІЙ П.**, 1984 року народження

**Діагноз:** вегетативний статус унаслідок ЗЧМТ, забою мозку тяжкого ступеня (квітень 1998 р.), гострої епідуральної гематоми із дислокаційним синдромом.

Тривалість коми 3 тижні.

Початок лікування: квітень 1999 р.

Проведено 6 планових курсів інтенсивної нейрореабалітації тривалістю по 25 — 30 днів до лютого 2002 р.

**ДИНАМІКА:**

**а) неврологічно:**

*до лікування* — контакт різко утруднений, судомний синдром, зорова агнозія, мінімальні рухи в кінцівках, самостійно не сидить, відсутній контроль за тазовими органами, виражені контрактури у суглобах ніг та рук;

*після курсів лікування* — контакт достатній, але є загальмованість, судом немає, сидить самостійно, ходить із підтриманням, контроль фізіологічних потреб, істотне зменшення контрактури суглобів;

**б) гемодинамічно:**

*до лікування* — дефіцит мозкового кровопостачання до 10% від фізіологічного, виражена внутрішньочерепна гіпертензія, патологічне шунтування, різко знижена насосна функція міокарда при горизонтальному положенні тіла;

*після курсів лікування* — залишковий кровоплин до 50% від фізіологічної норми, зменшилися внутрішньочерепна гіпертензія та патологічне шунтування, вертикальне положення та фізичні навантаження переносить добре, гемодинамічні параметри стабільні.

**в) психологічно:**

*до лікування* — загальний стан психічної сфери відповідає 4 — 5-річному віку, не впізнає родичів, агресивний;

*після курсів лікування* — загальний стан психічної сфери відповідає 10 — 11-річному віку, впізнає родичів, пам'ятає імена близьких, читає, письмо нестабільне, емоційно жвавий, оперативна пам'ять дещо знижена;

**г) логопедично:**

*до лікування* — виражена дизартрія, сенсорна афазія, амнестична афазія, брадилалія;

*після курсів лікування* — уповільнений темп мовлення, розуміє звернену мову складного рівня, дає стислі, але правильні відповіді.

*"Істина" живе надією. І дарує її тим, хто мріє про одужання*
*Якби не наші новітні технології, ці хворі залишались би безнадійними*

*Vivere est militare. —*
*Жити означає боротися.*
*Сенека*

**ЛЮБА Г.**, 1999 року народження

**Діагноз:** ДЦП на фоні органічного ураження головного мозку (цитомегаловірусна інфекція, перинатальна енцефалопатія). Виражена затримка психомовного та статокінетичного розвитку. Вади розвитку обличчя.

Початок лікування: лютий 2001 р.

Проведено 10 планових курсів інтенсивного розвивального лікування тривалістю по 15 днів до лютого 2004 р.

**ДИНАМІКА:**

**а) неврологічно:**

*до лікування* — контакт відсутній, на оточення реагує з острахом, плаче, різко виражено захисні реакції, гіперсалівація, ніктурія, сидіння із підтриманням, самостійне стояння та ходьба відсутні, викривлення хребта;

*після курсів лікування* — дівчинка ініціативна, підходить до незнайомих людей, пробує говорити, виконує прості інструкції, моторний розвиток із затримкою півроку, локомоції фізіологічні;

**б) гемодинамічно:**

*до лікування* — виражений дефіцит (40—50%) кровопостачання кори головного мозку за рахунок патологічного артеріовенозного шунтування в кавернозний синус та внутрішньочерепної гіпертензії в передній і задній черепно-мозкових ямках, гіпофункція церебрального венозного відтоку, артеріальна гіперемія;

*після курсів лікування* — відновлення фізіологічних характеристик мозкового кровообігу. Періоди незначно вираженої тенденції до спастичності церебральних артерій;

**в) психологічно:**

*до лікування* — контактність суттєво обмежена (страх перед соціумом проявляється через негативізм або пасивність). Для дівчинки характерні млявість, пасивність, швидка втомлюваність. Відсутні пізнавальний інтерес та пізнавальна активність. Виражене відставання в розвитку пізнавальної та емоційно-вольової сфери;

*Iucundi acti labores. —*
*Завершена праця приємна.*

*після курсів лікування* — виражена ініціатива до контакту з оточенням. Дівчинка розуміє та виконує прості вербальні інструкції. Утримує увагу дещо менше від норми. Властиві засоби діяльності — приміряння, частково зорове співвіднесення. Сформовано сприйняття розміру, пласких фігур та кольору. Активно розвивається наочно-дієве мислення. Дитина намагається бути охайною;

**г) логопедично:**

*до лікування* — другий домовний рівень розвитку (гуління), на власне ім'я не реагує, жести не розуміє;

*після курсів лікування* — перший мовний рівень розвитку (мова складовими словами), наявне внутрішнє мовлення, відтворює слова із трьох-чотирьох складів.

**САШКО Г.**, 2000 року народження

**Діагноз:** постінфекційна (бактеріальний менінгоенцефаліт 2000 р.) двостороння глухота. Глибока затримка психомовного та кінетичного розвитку. Вторинний аутизм. Судомний синдром. Педагогічна занедбаність.

Початок лікування: березень 2005 р.

Проведено 4 планові курси інтенсивного розвивального лікування тривалістю по 21 дню до березня 2006 р.

**ДИНАМІКА:**

**а) неврологічно:**

*до лікування* — продуктивний контакт відсутній, перманентне психомоторне збудження від помірного до вираженого, нав'язливий пошуковий та орієнтувальний рефлекси. Конвергенція очей відсутня. Алалія. Ходьба хистка. Рідкі генералізовані тоніко-клонічні судоми раз або двічі на рік;

*після курсів лікування* — достатній зоровий контакт, зникло психомоторне збудження, добра керованість в ігровій діяльності, поява позитивних емоцій, дитина конструктивна у побутових діях і на розвивальних заняттях, відсутні нав'язливі рухи, з'явилися координований первинний зоровий старт-рефлекс та орієнтувальний рефлекс, є навички побутового самообслуговування та стійкі елементи ініціативи при невербальній комунікації. Судоми відсутні;

**б) гемодинамічно:**

*до лікування* — виражені ангіоспастичні реакції, ознаки внутрішньочерепної гіпертензії в передній та задній черепних ямках, виражені ознаки перевантаження інтракраніального венозного русла з численними проявами артеріовенозного шунтування. Прямий синус перевантажено. Систоло-діастолічний дефіцит до 50%;

*після курсів лікування* — збільшення рівня мозкового кровоплину за рахунок посилення венозного відтоку та часткового поліпшення артеріального кровопостачання, зменшилися прояви артеріовенозного шунтування. Систоло-діастолічний дефіцит до 30%;

**в) психологічно:**

*до лікування* — цілковита неадекатність поведінки, в емоційно-вольовій сфері — агресія, бурхливі прояви протесту та негативізму; глибока розумова відсталість, глухота;

*після курсів лікування* — хлопчик поволі формує нові способи взаємодії із суспільством, учиться адекватно реагувати на звернення. З'явилася пізнавальна діяльність — намагання ознайомитися з предметом, дослідити його властивості. Відсутність слуху вдається компенсувати сприйманням невербальних команд та інструкцій. Дитина вчиться розрізняти емоції дорослих за виразом обличчя. Удається розвивати увагу, пам'ять, наочно-дієве мислення;

**г) логопедично:**

*до лікування* — третій домовний рівень розвитку (лепетання);

*після курсів лікування* — перший мовний рівень розвитку (мовлення словами із двох-трьох складів), з огляду на туговухість слова без чіткої артикуляції, "читає" звернену мову з губ, фонація голосових звуків достатня.

*"Істина" живе надією. І дарує її тим, хто мріє про одужання*
*Якби не наші новітні технології, ці хворі залишались би безнадійними*

*Дивитися — ще не означає бачити.*
*Августин Блаженний*

**ВІКТОР С.**, 1983 року народження

**Діагноз:** олігофренія помірно вираженого ступеня. Затримка психічного та інтелектуального розвитку на фоні двобічного пірамідного дефіциту.

Початок лікування: грудень 2005 р.

Проведено 3 планові курси інтенсивного розвивального лікування тривалістю по 21 дню до листопада 2006 р.

**ДИНАМІКА:**

**а) неврологічно:**

*до лікування* — контакт знижено через замкненість і спрощеність у сприйнятті питань. Складні інструкції виконує з помилками. Рівень емоцій занижено. Порушень моторної сфери не виявлено. Координаторна та чутлива сфери без відхилень;

*після курсів лікування* — сформовано вікові соціальні навички, урівноважено психоемоційний стан, з'явилися ініціативність щодо пошуку своєї ролі як чоловіка та обстоювання позицій із використанням розширених логічних висновків, досягнуто швидкого переключення з одного на інший різновид діяльності, підвищилася фізична та розумова працездатність;

**б) гемодинамічно:**

*до лікування* — спазм обох сонних артерій, внутрішньочерепна гіпертензія в передній черепній ямці, патологічне артеріовенозне шунтування праворуч у кавернозний синус, функціональна недостатність аортального клапана, знижено насосну функцію серця;

*після курсів лікування* — нормалізувалася нагнітальна функція лівих відділів серця, дещо поліпшилися венозний відтік та кровоплин у СМА, проте ще знижено кровоплин у ПМА, утримується артеріовенозне шунтування в прямий синус;

**в) психологічно:**

*до лікування* — відсутність уміння повноцінно спілкуватися, наявність страху стосовно людей. Порушено вибірковість зорового сприйняття, стійкість, концентрацію та розподілення уваги. Мислення в'язке, пацієнт повільно відповідає на запитання. Емоційний фон — знижена емотивність, спрощені емоції. Знижено рефлексивність. Схильність до аутизації, невміння підтримувати тривалі теплі стосунки. Низька самооцінка та високий рівень критичності щодо себе;

*після курсів лікування* — хлопець оволодів професією масажиста, працює за фахом. Значно зросли показники рівнів функціонування пізнавальних процесів. З'явився інтерес до художньої літератури. Прочитані твори переказує цікаво й доступно. У спілкуванні більше впевненості, розкутості, навіть певної зухвалості. Здатен до творчої роботи. Адекватна самооцінка;

**г) логопедично:**

*до лікування* — мовлення "змазане", збіднене щодо дієслів, імпульсивне, хлопець відмовляється читати та писати;

*після курсів лікування* — чітка артикуляція, стабільно сильний голос, мова зважена, короткі, але зрозумілі речення, брав участь у виставі (у рамках психотерапевтичної програми) та грав роль короля (див. фото).

*Якщо обман допомагає хворому, то це вже не жалюгідна брехня, а прекрасні ліки.*

*Стефан Цвейг*