

Мажена Кубічак

*Опікунсько-лікувальний заклад фундації «Світло»,
м. Торунь*

Яніна Міроньчук

*Опікунсько-лікувальний заклад фундації «Світло»,
м. Торунь»*

Марлена Топольська-Сковроньська

*Опікунсько-лікувальний заклад фундації «Світло»,
м. Торунь*

Шимон Муравські

*Опікунсько-лікувальний заклад фундації «Світло»,
м. Торунь*

Моніка Скомра

*Опікунсько-лікувальний заклад фундації «Світло»,
м. Торунь*

ПАЦІЄНТ У ВЕГЕТАТИВНОМУ СТАНІ

У медичній практиці пацієнти у вегетативних станах, які не піддаються причинному лікуванню, посідають особливе місце та потребують спеціального догляду.

Основні напрямки допомоги таким пацієнтам включають адекватний до стану здоров'я догляд, харчування, зменшення інтенсивності болю та задоволення психологічно-духовних потреб людини. Ці напрямки роботи є визначальними у здійсненні паліативної опіки. Часом також може відбуватися підготовка хворого та його близьких до моменту прощання і його зустрічі з Богом.

Пацієнти, що через ураження мозку перебувають у вегетативному стані, в сфері охорони здоров'я вважаються межовими. В основному це особи, що пережили ушкодження мозку внаслідок аварії, інфаркту, інсульту, черепно-мозкових травм чи отруєння. При цьому в них може спостерігатися різний ступінь ушкодження мозкової тканини. Частина цих осіб помирають, утім, ті, кому пощастить вижити і вони будуть успішно реанімовані, потребуватимуть особливого догляду. Чому? На сьогодні мозок залишається не до кінця дослідженим органом. Пошкодження кори головного мозку, стовбура

або мозочка, де розміщені важливі центри підтримки життєдіяльності, суттєво обмежуватимуть функціонування людини, однак особа продовжує залишатися живою, і саме це визначатиме особливості догляду за нею.

Часто наслідком травми головного мозку стає кома. Вона може бути фармакологічною чи фактичною, тривалістю близько 6 тижнів. З погляду медицини кома – відсутність реакції на зовнішні стимули, пацієнт фактично «спить». У філософському розумінні кому визначають як відсутність контакту людини з навколишнім середовищем, утрату здатності до самосвідомості. Важкість коми оцінюють за шкалою Глазго. Ймовірність виходу зі стану коми залежить від ступеню пошкодження мозку. Найшвидше одужують пацієнти після механічних ушкоджень, у разі ушкодження чи руйнування частини мозкової тканини. Такі випадки, переважно, не є підставою для негативного прогнозу.

Що саме повинно бути зроблено для пацієнта у стані коми:

- створення умов належної циркуляції кровообігу для забезпечення мозку достатнім кровопостачанням (з використанням медичних препаратів і переливання крові);
- забезпечення належного функціонування органів дихання – особливо в першому періоді коми, пацієнт повинен бути приєднаним до апарата штучної вентиляції легень. Використання кардіо-дихальних апаратів є умовою для подальшого одужання пацієнта;
- сенсомоторна реабілітація;
- постачання пацієнта речовинами, що покращують функціонування мозку.

Виведення людини з коми та повернення до життя – тривалий процес. Після виходу з коми людина може перейти у вегетативний стан, синдром «замкнення у власному тілі» чи стани різного ступеня свідомості.

Для вегетативного стану характерна втрата вищих когнітивних функцій і здатності до комунікації. Його часто описують як притомність без свідомості. Збереженими залишаються фази сну та дрімоти. На окремі подразники хворі можуть реагувати рухами, наприклад, повертаючи голову до джерела шуму чи світла. На їхньому обличчі можна помітити вирази болю, сміху, позіхання, їхні кінцівки можуть мимовільно ворухитися. Якщо стовбур мозку не пошкоджений, то серцево-судинна система й дихання працюють у нормальному ритмі.

У цьому стані людина перебуває, не маючи контролю над власним тілом. Двостороння комунікація відсутня, та попри це людина живе і повинна отримувати належний догляд.

Пацієнти з синдромом «замкнення у власному тілі» справляють враження відсутності свідомості й контакту з присутніми. Втім, незважаючи на па-

раліч та відсутність здатності до комунікації, для них характерна повна при- томність, здатність мислити й асоціювати. Хворий усвідомлює речі довкола себе. При цьому він відчуває себе ніби за склом – чує, бачить, розуміє, однак не може про це повідомити близьких. У його розпорядженні залишаються лише очі та повіки – як засіб комунікації. Причина цьому – пошкодження стовбура мозку. В такому випадку дуже важливою є діагностика стану пацієнта й налагодження з ним способу комунікації.

Дуже велика група пацієнтів може мати різні ступені приглушення свідомості. Від мінімального, де людина реагує адекватно до ситуації єдиною сенсорною системою, аж до повної свідомості, відгукуючись одразу декількома різними системами відчуттів, при цьому маючи дуже обмежену моторику, що робить її вкрай залежною від догляду сторонніх осіб.

Усі згадані захворювання виникають через пошкодження мозку. При цьому різні прояви залежать від типу і ступеня пошкодження мозкової тканини. Спільними рисами всіх цих пацієнтів є те, що вони:

- продовжують жити;
- не мають можливості повністю висловити власні потреби;
- фізично, психічно та духовно продовжують залишатися людськими істотами;
- є членами спільноти.

Саме такі особливості повинні визначати ставлення до подібних пацієнтів.

Специфіка догляду

Медичний догляд за такими пацієнтами повинен передбачати:

- наявність трахеотомічної трубки;
- наявність трубки для ентерального харчування;
- контроль положення тіла хворого через його нездатність до самостійного руху;
- за потреби інші види догляду.

Живлення пацієнта у вегетативному стані через трахеотомічну трубку

Постачання поживних речовин

Нерухомість пацієнта спричинює виділення калу, а також положення лежачи на спині знижує тонус м'язів живота.

Ентеральне годування пацієнта у вегетативному стані полягає у подачі їжі через шлунковий зонд або харчову фістулу PEG/PEJ. Харчування за допомогою цих приладів є найприроднішим способом подачі живлення. Воно корисно впливає на діяльність травного тракту через стимуляцію кишкових

ворсинок до вироблення гормонів, імуноглобулінів й інших корисних речовин, які синтезуються у кишківнику. Ентеральне годування значно покращує якість життя пацієнта. Він отримує ніби зроблену на замовлення індивідуальну дієту. Втім, загальною проблемою харчування пацієнта за допомогою гастростоми є витік вмісту шлункового соку або поживних речовин назовні. Це часто пов'язано зі зменшенням еластичності шкіри або інфекцією довкола отвору трубки. Причиною витоку також може стати неправильне положення тіла людини під час годування (лежачи або на лівому боці), завелика кількість їжі, що подається за короткий проміжок часу, або зміни в слизовій оболонці шлунку через високий внутрішній тиск. Через витікання шлункового соку на шкірі довкола катетера можуть виникати трофічні зміни.

Тому під час ентерального харчування важливим є:

- установлення подачі суміші через помпу, що дозує кількість крапель на хвилину, безперервно вливаючи суміші за допомогою гравітаційних апаратів або порціями;
- визначення для хворого кількості та якості поживних речовин.

Годування хворого через шлунковий зонд (PEG/PEJ)

Під час годування за допомогою назогастральних трубок (зонда) потрібні:

- установлення трубок у шлунок;
- контроль місця їхнього розташування;
- відстеження появи раптового кашлю та задишки, сигналів збудження чи тривоги;
- контроль утримання їжі в шлунку після годування;
- промивання зонда після кожного годування спеціальними мийними рідинами;
- після кожної поданої порції їжі хворого слід залишати на півгодини з припіднятою на 45° головою, а ще краще – в напівсидячому положенні.

Під час годування через гастростому необхідно:

- після годування контролювати утримання їжі в шлунку;
- спостерігати за витоками вмісту шлунку, змінами в шкірі навколо ввідного каналу;
- установлювати бандаж під PEG, аби вберегти шкіру від натирання;
- доглядати за шкірою довкола гастростоми: вона повинна бути сухою, в разі почервоніння – застосовувати Octenisept;
- упродовж доби PEG потрібно обертати декілька разів довкола осі;
- їжу слід подавати невеликими порціями, не більше 300 мл за раз;
- суміші для ентерального годування потрібно подавати вчасно;

- метод годування потрібно обирати відповідно до того, наскільки добре він переноситься пацієнтом;
- після кожної поданої порції їжі хворого слід залишати на півгодини з припіднятою на 45° головою, а ще краще – в напівсидячому положенні;
- ротову порожнину потрібно підтримувати у чистоті;
- робити масаж жувальних м'язів;
- контролювати привушні слинні залози;
- спостерігати за можливими розладами травної системи: закрепами, діареєю, блюванням, зневодненням, кровотечами шлунково-кишкового тракту.

Засоби догляду за легенями та трахеотомічною трубкою

В органах дихання брак рухової активності призводить до обмеження рухів грудної клітки і зменшення вентиляції легень.

У результаті цих змін хворий не має можливості відкашлювати виділення. В легневих пухирцях погіршується газообмін, який призводить до гіршого насичення киснем крові та тканин.

Профілактичні дії, скеровані на догляд за легенями, передбачають такі заходи:

- зміну положення тіла хворого щодві години;
- розташування голови хворого під кутом 30° обличчям, поверненим на бік, аби не западав язик;
- проведення фізіотерапії грудної клітки з урахуванням перкусії грудної клітки, постурального дренажу, вібраційного масажу, дихальних управ, стимулювання ефективного відкашлювання;
- усунення виділень за допомогою електричного відсмоктувача і трахеотомічної трубки;
- забезпечення належного мікроклімату в кімнаті хворого;
- правильне харчування та зволоження повітря;
- проведення рухової реабілітації.

Трахеотомія – це створення отвору в трахеї на передній ділянці шиї (див. рис. 1). У нього поміщається трахеотомічна трубка, що забезпечує надходження повітря в трахею і легені без участі носа, горла та гортані. Зовнішній отвір трубки є фільтром. Обхід верхніх дихальних шляхів може призвести до того, що сухе повітря з необробленими частинками пилу та мікроорганізмів може потрапити в легені. В такому випадку догляд за легенями передбачає видалення зайвого слизу та крові з рота або трахеотомічної трубки за допомогою електричного відсмоктувача. Це забезпечує прохідність дихальних шляхів і створює оптимальні умови для газообміну і профілактики інфекцій та осередків ателектазу.

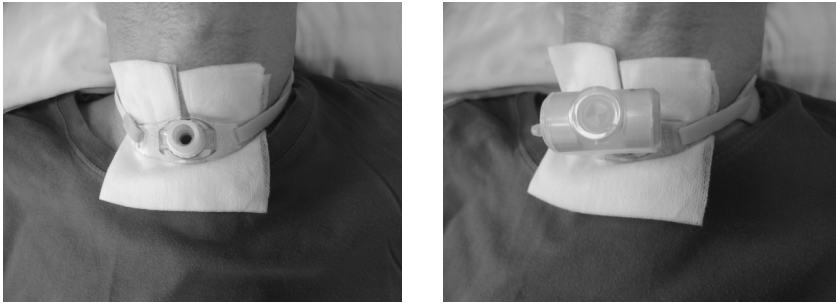


Рис. 1. Трахеотомія

Здійснення догляду за системою дихання пацієнта передбачає такі заходи:

- інформування пацієнта про мету і спосіб виконання процедури;
- для підтримання у дихальних шляхах оптимального газообміну використання катетера із трахеотомічною трубкою та електричного відсмоктувача для очистки ротової порожнини (з силою відсмокткування 100-120 mmHg) із застосуванням необхідних антисептичних і дезінфікувальних засобів;
- видалення залишків секретії з легень стільки разів на день, скільки необхідно;
- фізіотерапевтичне лікування: перкусія грудної клітки при кожній зміні положення тіла;
- проведення пасивної реабілітації в ліжку й активної з залученням візка для перевезень для збільшення об'єму кисню в легенях;
- забезпечення належного мікроклімату в кімнаті пацієнта: зволоження повітря (вологість необхідно підтримувати в межах 40-60 % при температурі від 18 до 22°C) і провітрювання приміщення;
- слідкування за частотою та характером дихання, пульсом, рівнем гемоглобіну в крові, з використанням пульсометра та спостереженням за забарвленням шкіри.
- підтримання розмови з хворим лагідним голосом, інформування його про кожну діяльність, яку здійснюють, виконання дій делікатно та без поспіху.

У психічній діяльності кожна людина використовує інформацію з п'яти органів чуття: зору, слуху, нюху, смаку та дотику. Робота з пацієнтом включає в себе стимуляцію всіх цих систем.

До настання хвороби кожен пацієнт мав власний унікальний життєвий досвід. Жив у певній системі цінностей і здійснював ті чи інші життєві вибори. Він міг провадити релігійне життя й вірити в Бога. Це слід враховувати під час забезпечення догляду.

Також хворий відчував себе частиною певної соціальної структури, був сином, міг бути чоловіком, братом, батьком, другом, співробітником. Усі ці ролі визначали його цінності і впливали на якість життя.

Плануючи належний догляд за пацієнтами, цієї теми не можна ігнорувати у жодному разі. Зокрема відомо, що для жінок найсильнішим стимулом до одужання є діти, чоловік і сім'я. Без їхньої участі реабілітація буде значно утрудненою.

Незалежно від стану здоров'я пацієнт передусім є людиною, створеною Богом, тілесно-психо-духовною єдністю, з власною людською гідністю. Будь-яке пошкодження центральної нервової системи не позбавляє людину цієї гідності.

Все, що сказано про життя людини з пошкодженням мозку, є частиною програми роботи з пацієнтом і його родиною.

Робота психолога з людиною у вегетативному стані

«Я є, я чую, я бачу, я відчуваю...» – підопічні закладу опікунсько-лікарської фундації «Світло» показують це щодня. Незважаючи на те, що вони не в змозі сказати нам про власні інтереси, пристрасті чи бажання, за них це роблять їхні близькі. Завдяки цій інформації психологові вдається заново відкрити багатий внутрішній світ людини. В кабінеті психолога довкола кожного пацієнта створюється збагачене стимулами середовище. Віртуальна подорож у часі та просторі відбувається через стимуляцію діапазону сенсорної чутливості людини (див. рис. 2). Робота, проведена таким чином, стає джерелом глибоких емоційних переживань і допомагає віднайти найоптимальніший канал комунікації з хворим.



Рис. 2. Створення у кабінеті психолога збагаченого стимулами середовища

Мультисенсорна терапія може відбуватися і в груповому форматі. Тоді в спільний сенсорний досвід одночасно занурюються троє чи більше осіб. У такому форматі роботи існує додаткова перевага – можливість виникнення між учасниками зв'язку та спільних переживань. Окрім цього, під час групових занять може відбуватися взаємне спостереження, що часом стає джерелом додаткової мотивації до роботи над покращенням власного стану. Вибір теми до обговорення та матеріалів залежить від винахідливості ведучого групи. Часто теми узгоджуються з реальними подіями, що відбуваються довкола. Пацієнти святкують дні народження, ювілеї, День хворого, Міжнародний жіночий день, Перший день весни, День матері та День батька, День захисту дітей, Свято музики, початок літа, 1 вересня, День усіх святих, День незалежності, День святого Андрія, День святого Миколая тощо.



Рис. 3. Психологічна реабілітація пацієнтів за участю рідних і близьких



Рис. 4. Організація дозвілля пацієнтів

Ще однією діяльністю є проведення щотижневих концертів живої музики, так званих «Музичних ранків». Вони доступні для всіх охочих, як для пацієнтів, так і для членів їхніх родин та працівників закладу. Такі концерти допомагають хоча б на короткий проміжок часу відволіктися від важчих буденних справ. У залі звуки музики переплітаються з почуттями та заповнюють тишу.

Іншою формою групових занять, які мають неоціненне значення для віруючих осіб, є участь у літургіях й інших богослужіннях. Турбота про фізичний стан не може відбуватися без задоволення духовних потреб людини. Тому сакральні обряди стали обов'язковими.



Рис. 5. Духовні зустрічі

У нашій клініці видимих результатів удалося досягнути завдяки терапії з застосуванням водяного матраца. Цей неінвазивний метод забезпечує не лише розслаблення та відпочинок, а й дає пацієнтові можливість прислухатися до власних відчуттів, які прориваються з тіла під час гойдання, обігріву з одночасним використанням візуалізації. У цьому виді терапії, крім пацієнта, можуть брати участь і його близькі. Це дає змогу досягнути особливої близькості між ними. Така форма допомоги уможлиблює відновлення переживання близькості, що були в шлюбі та сімейних відносинах до хвороби.

Пацієнти не завжди мають можливість брати участь у заходах, які відбуваються поза палатою. Для пацієнтів, що з різних причин вимушені залишатися в ліжку, проводять слухову стимуляцію. Їм на вибір пропонують музичну терапію, бібліотерапію чи терапевтичну розмову, в залежності від поточних потреб і можливостей. Цей вид комунікації з хворими є особливо важливим, зважаючи на той факт, що за даними наших обстежень за допомогою медичної апаратури слух 90 % пацієнтів є в межах норми.



*Рис. 6. Терапія
з застосуванням
водяного матраца*

Незалежно від виду стимуляції, схема роботи з особами у вегетативному стані виглядає так:

- знаходження контакту з пацієнтом;
- розуміння сигналу, що надходить від пацієнта;
- допомога пацієнтові розвивати цей сигнал;
- визначення подальшого напрямку роботи на підставі спостереження за реакціями пацієнта.

Налагодження контакту з пацієнтом відбувається у спосіб лагідної, вільної розмови, скерованої безпосередньо до вуха й узгодженою з ритмом дихання пацієнта. У процесі розмови важливо торкатися голови пацієнта, його плечей, ніг чи грудної клітки. У такій спосіб зароджується «розмова на одній хвили». Звернення до пацієнта, підсилене тактильною стимуляцією відповідно до його ритму дихання, дає змогу гармонізувати діалог між пацієнтом і терапевтом. Під час такого налаштування вдається розпізнати найдрібніші відгуки пацієнта через його міміку, дихання, положення тіла, вегетативні реакції (почервоніння, потовиділення, судоми) чи звуки. Часом такі ледь помітні сигнали – єдина форма комунікації людини з зовнішнім світом. Окрім цього, для розпізнання невербальних сигналів пацієнта важливо мати достатньо розвинуту емпатію та інтуїцію.

Сигнали від пацієнта не можна інтерпретувати в жодний спосіб, а лише зміцнювати, застосовуючи для цього метод «нульового досягнення». Спроби

інтелектуально зрозуміти повідомлення пацієнта можуть стримати його від самовираження, в той час як метод «нульового досягнення» має достатньо заспокійливий ефект. Наприклад, аби допомогти пацієнтові розвинути руховий сигнал, потрібно делікатно торкатися тих ділянок, де відбувся рух або де рух є потенційно можливим (наприклад, ділянок обличчя, зап'ясть, ліктів, колін). Під час такої процедури пацієнт починає краще усвідомлювати власні можливості. Подібним чином може виглядати зміцнення сигналу через дихання: одночасно вдихаючи та видихаючи з пацієнтом, ми поступово впроваджуємо власний ритм і очікуємо від нього повторення.

Подальший напрям роботи залежить від реакцій пацієнта на дії терапевта. Якщо результати є позитивними – терапевт продовжує слідувати обраним діям, натомість, якщо негативними – змінює напрямок діяльності.

Варто пам'ятати, що будь-які сигнали, отримані від пацієнта, є частиною його повідомлення про власні переживання та досвід.

Психологічний супровід потрібен не лише пацієнтам, а й їхнім сім'ям, чия присутність є надзвичайно важливою. Емоційний зв'язок – потужна сила терапевтичного процесу. Близькі люди повинні бути достатньо підготовленими для того, щоби стати опорою і мотивувати пацієнта до видужання. Отже, прийняття поточного стану справ стає початком подальшої спільної дороги у процесі лікування.

Реабілітація в опікунчо-лікувальному закладі фондації «Світло»

Під сприйняттям ми розуміємо всі ті механізми, що беруть участь в обробці стимулів у конкретній ситуації. У процесі сприйняття також відбувається зіставлення образів пам'яті з актуальною інформацією та надання їй сенсу. Завдяки цьому ми маємо можливість отримувати інформацію з довкілля та розуміти її.

Добре налагоджені процеси сприйняття дають нам різноманітну достовірну інформацію про положення нашого тіла у просторі, довколишні об'єкти й події. Пошкодження процесів сприйняття не завжди очевидні. Їх можна помітити, якщо уважно спостерігати за поведінкою пацієнтів.

У процесі обстеження пацієнтові необхідно пропонувати відомі з повсякденного життя ситуації, команди повинні бути простими та послідовними.

У цей час відзначається підвищена кількість виникнення черепно-мозкових травм. Причин цьому багато: розвиток автомобільної промисловості (а тому збільшення дорожньо-транспортних аварій), падіння з висоти, ураження електричним струмом, утоплення. Причинами також можуть бути зупинка серця, інсульт і черепно-мозкові травми.

Травматичні ураження мозку поділяють на первинні – що настають унаслідок удару, та вторинні – що є наслідком гіпоксії, підвищеного внутрішньо-черепного тиску чи інфекції.

Одразу після інциденту настає перша гостра фаза, що є прямим наслідком події, яка трапилася. Стан пацієнта може змінюватися від дуже легкого до вкрай важкого, пацієнт може потребувати допомоги у диханні та стимуляції частоти серцевих скорочень. Усе залежить від того, де і наскільки сильною є травма. Якщо пацієнт більше години перебував без свідомості, то маємо справу з прямим або непрямим ушкодженням стовбура мозку і таких життєво важливих функцій, як дихання, ковтання та кашель.

У подальшому, якщо у хворого ушкоджена ЦНС, це може супроводжуватися оглушенням свідомості. Йому важко оцінити ситуацію, визначити, що є зліва, а що справа від нього. Також пацієнт може не знати, наскільки далеко від нього розміщені предмети, або сприймати їх двовимірно.

Такі пацієнти намагаються знайти рівновагу, чіпляючись за навколишні предмети, наприклад, катетери. Цих хворих не можна тримати у зв'язаному стані, що може спричинити ще гострішу реакцію.

Натомість основними лікувальними цілями пацієнтів з різними ступенями оглушення свідомості є профілактика пневмонії, пролежнів, контрактур, тромбозу, покращення процесів сприйняття й активація мобілізації у ліжку.

Процедури, що тривають 24 години на добу, є вирішальними для курсу реабілітації. Відповідно до теорії Bobath патологічні рухи можна пригнічувати, якщо добре організувати і структурувати всі процедури, що відбуваються з пацієнтом протягом доби. Зокрема процедури складаються з:

- зустрічей та обговорення між усіма членами міждисциплінарної команди;
- спілкування з пацієнтом, яке супроводжується доторками до його обличчя, що проводить одна людина;
- мобілізації пацієнта в ліжку;
- стимуляції процесів відчуття і сприйняття;
- регуляції м'язового тону;
- уникання рухів у просторі й осьових рухів;
- всі рухи стосовно пацієнта повинні бути повільними;
- команди зосереджені на конкретних завданнях;
- пацієнтові важливо залишати час на «почуття та переживання»;
- паралельно з цим повинна відбуватися просвіта родини пацієнта;
- важливо пам'ятати про забезпечення правильного положення тіла пацієнта.

Саме такі дії дають пацієнтові відчуття безпеки й упевненості, розвивають процеси сприйняття, регулюють напругу та забезпечують рухову активність. Така активізація пацієнта повинна відбуватися 24 години на добу, змінюючи різні активності кожні 2–4 години. Під час роботи з пацієнтом використовують додаткові підпорки, достатньо пружні ковдри та подушки.

Вагомою перешкодою у процесі реабілітації є нестача вербального контакту з пацієнтом через трахеотомічну трубку, підвищений тонус м'язів, контрактуру суглобів, інфекції чи остеопороз.

Одним із багатьох методів лікування хворих з травмами ЦНС, який вартує уваги, є базальна стимуляція. Вона забезпечує особам, що мають обмеження у сприйнятті, рухах чи комунікації, додаткові можливості отримати важливий досвід взаємодії з довколишніми. Це відбувається завдяки стимуляції різних органів чуття людини, а також моделювання ситуацій, які передбачають розвиток необхідних життєвих навичок. Базальна стимуляція дає пацієнтам змогу розвивати впевненість у власних силах і відкривати власний прихований потенціал.

Концепція пропріоцептивної нейром'язової фасилітації (ПНФ) (*PNF – Proprioceptive Neuromuscular Facilitation*) є ще одним методом, який використовують у роботі з такими пацієнтами. Філософія ПНФ спрямована на розвиток позитивного ставлення до пацієнта та його проблеми, мобілізацію резервів, функціональне мислення, цілісний погляд на пацієнта у процесі навчання ефективним рухам.

Теорія сенсорної інтеграції на основі міждисциплінарних знань і досліджень так само дає можливості стимуляції розвитку пацієнтів. Вона також дає можливість провести обстеження, діагностику та лікування. Органи чуття надають нам інформацію про фізичний стан тіла, а також відомості про ситуацію довкілля. До нашого мозку надходять численні повідомлення від рецепторів зору, слуху, нюху, смаку, внутрішніх органів та вестибулярного апарату. Інформація, яку отримує мозок, організовується так, щоб існувала можливість її використати у створенні образів сприйняття під час планування рухів і пози тіла. Сенсорна інтеграція є складним процесом, під час якого відбувається розпізнавання, диференціація й аналіз сенсорних стимулів, що важливо під час розвитку в пацієнтів процесі відчуття та сприймання.¹

¹ A. Woźniak. *Integracja Sensoryczna w pigułce Strona internetowa*. Dostępne w internecie: https://splajski.edupage.org/files/Integracja_sensoryczna.pdf.

Нейрологопедична терапія з пацієнтом у вегетативному стані

Деякі «безпечні завдання» пацієнти можуть виконувати не лише у лікарні, а й удома. Спираючись на результати нейрологопедичного обстеження, враховуючи індивідуальні потреби та можливості пацієнта, для нього створюється індивідуальний план терапевтичних взаємодій.

Діагностичне обстеження складається з:

- логопедичного обстеження;
- аналізу збережених і пошкоджених функцій;
- оцінювання анатомічної будови;
- оцінювання функціонування ротової порожнини (діапазон рухливості, м'язова сила, швидкість і координація рухів);
- обстеження мови;
- спостереження за пацієнтом під час виконання різних завдань (вираз обличчя, вимова неартикульованих звуків, респіраторні реакції тощо);
- аналізу наявних дихально-фональних розладів;
- оцінювання процесу ковтання.

Ранній початок нейрологопедичної терапії є дуже важливим. Також він може бути доброю профілактикою майбутніх порушень процесів мови:

- захищає від розвитку невідповідних м'язових навичок, і, як наслідок, непрацездатного артикуляційного апарату;
- прискорює процеси компенсації;
- зменшує надмірне слиновиділення;
- дає можливість виправити неправильний прикус;
- нормалізує процеси вживання їжі та води;
- позитивно впливає на зменшення гіперчутливості обличчя та покращує чутливість як усередині, так і ззовні ротової порожнини;
- поліпшує координацію рухів губ та язика;
- нормалізує надмірну або навпаки ослаблену напруженість артикуляційних м'язів;
- покращує дихання через ніс.

Результат нейрологопедичної терапії залежить насамперед від перебігу хвороби, зусиль хворого та його бажання одужати. Терапія вегетативних пацієнтів ґрунтується на виконанні завдань, які розвивають артикуляцію, дихання, фонетику (вимову окремих звуків). При цьому використовують різні методи, зокрема масаж язика, губ, щік і стравоходу. Таким чином можна досягнути певної працездатності моторики мовленнєвого апарату, що сповільнить розвиток нових порушень.

Масаж нормалізації моторики мовленнєвого апарату

Масаж ротової ділянки топографічно включає в себе лицьові м'язи трьох частин обличчя, що іннервуються лицьовим нервом. До них належать коловий м'яз рота, жувальний м'яз і м'яз нижньої губи. Масаж виконується симетрично пальцями обох рук уздовж центральної лінії лицьової поверхні до кута нижньої щелепи. Застосовують рухи погладжування, розтирання, постукування та вібрації.

Щоки

Масажуючи щоки, виконуємо колові рухи від верхньої губи та носа у напрямку скроні. Великим пальцем підтримуючи підборіддя таким чином, щоб верхня та нижня частина щелепи були з'єднані між собою.

Губи

Губи промасажують указівним і середнім пальцями, великим пальцем підтримуючи підборіддя, протяжними масажними рухами. Губи слід дещо розтягувати, трохи пощипувати та погладжувати.

Очі

Проводимо пальцями вздовж брів, злегка погладжуючи та натискаючи навколо очей.

Ясна

Ясна розтираємо пальцями, змоченими у воді чи соці. Починати масаж ясен можна з лівої чи правої сторони поступовими коловими рухами і тоді в зворотному напрямку.

Піднебіння

Масажувати піднебіння починаємо з середньої лінії в напрямку від твердого до м'якого піднебіння.

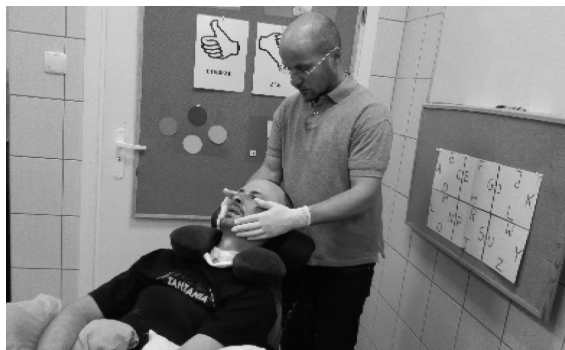


Рис. 7. Стимуляція нейромоторних точок на обличчі

Найпоширеніший метод реабілітації ділянки обличчя та порожнини рота є стимулювальна щелепно-лицьова терапія Кастільо Моралеса. Її метою є стимуляція м'язів, які беруть участь у процесі мовлення. Крім інших випадків, терапія також призначається хворим, що перенесли черепно-мозкові травми. Цей вид терапії застосовують у разі порушення процесів слиновиділення, ковтання, дихання, м'язового тонусу в області слинотечі, смоктання, ковтання, дихання, гіпо- або гіпертонусу м'язів.

Пацієнт перебуває в положенні лежачи або сидячи спиною до терапевта. Терапія починається з нахилів голови вперед і назад, а потім повернення вправо та вліво. Такі дії виконуються декілька разів.

Найважливішою частиною терапії є стимуляція нейромоторних точок (на кожен точку злегка натискають і впливають вібрацією по декілька секунд). Стимуляція починається з непарних точок: дна порожнини рота, підборіддя, верхньої губи та ділянки між очима. Точки можна натискати в довільній послідовності.

Іншим важливим методом лікування пацієнтів у вегетативному стані є нейро-сенсо-моторна інтеграція рефлексів С. Маргутової. Авторка цього методу пропонує декілька способів проведення розслаблювального та стимулювального масажів, торкаючись до відповідних нейро- та сенсомоторних ділянок нервових шляхів, швів черепного склепіння й суглобів.

Метою цього методу є:

- розслаблення й активація м'язів;
- стимулювання природного черепного ритму;
- створення продуктивніших схем рухів для інтеграції рефлексів обличчя;
- активація різних нейронних систем.

Додатково під час процедури нейро-сенсо-моторної інтеграції може відбуватися зорова, слухова, нюхова, смакова чи тактильна стимуляція. Кожна зі згаданих сенсорних систем є певним «каналом зв'язку» з пацієнтом, через який ми намагаємося достукатися до нього, незважаючи на нестачу реакції з його боку.

Логопедичні вібратори

У логопедії використовують вібратори (як альтернативу можна використовувати електричну зубну щітку). Їх застосовують для сенсорної та моторної стимуляції щелепно-лицьової ділянки. Під час використання вібратора необхідно уважно спостерігати за реакцією пацієнта, оскільки такий вид терапії може підходити не всім. Якщо на якомусь із етапів ми спостерігаємо опір або інші негативні реакції, вібрації потрібно негайно припинити. Втім, також відомо,

що вібрації є добрим способом стимуляції м'язів, особливо м'язів довкола губ, м'язів язика, скронево-нижньощелепного суглоба, в пацієнтів, які мають звичку скреготати зубами. Зазвичай щелепно-лицьові ділянки, куди корисно впливати вібрацією, визначає логопед, що проводить терапію. Не рекомендується стимулювати вібраціями пацієнтів, хворих на епілепсію.

Терапія нейрогенної дисфагії

Смакова та температурна стимуляція належать до пасивних методів допомоги, що не вимагають значного залучення пацієнта. Такі дії виконують для покращення чутливості у ротовій порожнині та гортані. Теплову стимуляцію здійснюють за допомогою охолодженої чи, навпаки, підігрітої ложки або «холодного пальця», а під час смакової стимуляції використовують тампони, змочені у лимонному соці чи якомусь сиропі певного смаку. Також на язик пацієнта можна попросити цитрусовим спреєм. Це є безпечний метод, оскільки крапельне розпилення дає рідині змогу залишатися в роті й не потрапляти до горла, викликаючи задихання. Важливо подавати пацієнтові на язик рідину в малій кількості, проте з насиченим смаком. На передню частину язика – солодкий смак, по боках – кислий, на середину – солоний і на задню – гіркий. Варто пам'ятати, що під час таких процедур пацієнт повинен перебувати у сидячому положенні з припіднятим підборіддям.

Варто зазначити, що вегетативні пацієнти не здатні проковтувати рідину, від чого вони можуть захлинутися, тому тренування рефлексу ковтання починається зі стимуляції пацієнта проковтувати власну слину, пізніше – тверді речовини і лише потім – рідину.

Холодні подразники не повинні перебувати в ротовій порожнині хворого понад дві хвилини. Триваліша дія холодом впливає на зменшення пружності м'язів. Тепло сприяє розслабленню м'язів, однак воно протипоказане у разі периферичного парезу.

Практика дихання

Тренінг із нормалізації носового дихання має відбуватися під наглядом спеціаліста і має на меті:

- збільшення об'єму легень;
- покращення контролю над вдихом і видихом;
- посилення напруги та координації дихальних м'язів;
- посилення фази видиху.

Дихальна терапія передбачає тимчасове перекидання трахеотомічної трубки тільки під час видиху або протягом тривалішого часу, якщо є ознаки того, що пацієнт самостійно справляється з диханням.

Веgetативні пацієнти мають дуже обмежені можливості повідомляти про власні потреби та переживання. Часом єдиним каналом зв'язку з ними залишається зоровий контакт. Утім, під час логопедичних занять вони отримують можливість використовувати альтернативні канали для повідомлень, зокрема за допомогою мультимедійних пристроїв, про які багато йдеться у роботі «Нехай говорять твої очі», створеній з думкою про пацієнтів, які не можуть спілкуватися вербально.

Кожну людину, що потрапляє до нашого центру, ми сприймаємо як здатну бачити, чути та відчувати, яка, однак, не може відповісти нам звичним чином. Враховуючи цю особливість, до кожної людини ми маємо індивідуальний підхід, і це основоположна засада допомоги.

Альтернативні засоби комунікації, що використовують під час терапії, допомагають точніше та швидше оцінити можливості пацієнта, покращити його когнітивні функції та підтримувати з ним невербальний зв'язок.

Мультимедійні комунікатори – це пристрої, що дають змогу за допомогою рухів очних яблук керувати курсором на екрані комп'ютера. Спеціальне програмне забезпечення дає можливість оцінити можливості пацієнта, порушення його когнітивних функцій, а також уможливає проведення терапії для їхнього покращення. Певний набір символів програмного забезпечення дає людині можливість, не вимовляючи жодного слова, повідомляти про власні емоції, потреби, думки та дискутувати стосовно будь-якого питання. Крім цього, існують багатофункціональні програми, що дають пацієнтам змогу виконувати різні навчальні завдання, зокрема розвивати навички читання, письма, розрізнення та називання предметів, кольорів, форм і звуків.

Іншим інструментом допоміжної терапії пацієнтам з неврологічними ускладненнями є книжка «Нехай говорять твої очі» (рис. 8). Ця публікація зроблена так, аби максимально полегшити невербальну взаємодію пацієнта з довколишніми. Вона проста у використанні і підходить для людей різного віку, не залежно від попереднього досвіду використання сучасних технологій. Матеріали книжки дають змогу досить швидко створити будь-яку послідовність зображень, і, що дуже важливо, не вимагають тривалого зосередження уваги, оскільки можна поступово додавати до поля зору нові елементи. Використання такої книжки дає опікунам можливість швидше визначати й розуміти реакції пацієнта. Оскільки вони не завжди можуть прочитати якийсь сигнал за рухами очних яблук чи навмисним заплющенням очей. Використання книжки дає змогу сприймати повідомлення від пацієнта швидше і точніше. Натомість, якщо хворий досить добре послуговується зоровим контактом, така книжка допоможе йому спілкуватися плинніше та повніше.



Рис. 8. Зображення книги «Нехай говорять твої очі»

Терапія хворих, які перебувають у комі, є однією з найважчих у практиці нейрологопедії. Терапевт позбавлений словесного контакту, тому більшу частину роботи має виконувати інтуїтивно. Такому фахівцеві важливо вміти добре відчувати хворого і мати достатній досвід роботи з пацієнтами в комі. Під час здійснення терапії також важливо розмовляти з хворим й активно залучати його до виконання різних управ, незважаючи на відсутність явної реакції з його боку.

В хоспісній опіці пацієнт і його родина перебувають у тривалих стосунках, які визначають характер і динаміку часу ракових новоутворень. Поступово родина проходить декілька етапів прощання з пацієнтом. І кваліфікована допомога зі сторони часто потрібна для того, щоби створити пацієнтові гідні умови помирання, а його близьким – можливість пережити жалобу. Зовсім інакшою є ситуація з пацієнтами у вегетативних станах, основними ознаками якої є готовність чекати і надія.

Особливості функціонування родини, яка опікується хворим у вегетативному стані

Досвід людини, що опікується хворим в стані коми, пов'язаний зі сильним стресом. Перебування у комі означає очікування. Під час тривання коми члени родини постійно очікують на видужання або на смерть, їх постійно супроводжує страх за майбутнє близької людини та власне майбутнє. Немає нічого дивного в тому, що у людей, обтяжених такою відповідальністю, з часом розвивається «синдром опікуна». Це відносно нова діагностична категорія, що включає в себе низку фізичних, психологічних і психосоматичних симптомів.

Основними ознаками цього синдрому є:

- **Хронічна втома** – члени родини, що безперервно опікуються хворим і в міру своїх сил залучені у всі реабілітаційні заходи, в той час, як більшість з них ще залишаються професійно активними. Їхнє життя постійно наповнене діяльністю без можливості будь-якого відпочинку. Такого поняття, як «вільний день», узагалі не існує, бо кожна хвилина часу, не витрачена на роботі, присвячена хворому.
- **Захворювання, пов'язані зі стресом і нехтуванням власними потребами.** Опікуни часто не мають часу, щоб подбати про власне здоров'я. Це проявляється як у достатньо легковажному ставленні до власних проблем зі здоров'ям, так і до особистої гігієни, правильного харчування, фізичної активності й відпочинку.
- **Розлади емоцій і мотивації** – такі як фрустрація, тривога, депресія, що, з огляду на ситуацію, в якій опинилася родина, достатньо важко піддаються психотерапевтичному лікуванню.
- **Особистісні зміни** – через істотне погіршення економічного становища та переобтяження стресами опікуни часто втрачають позитивний погляд на життя. Тривале перебування у стані невизначеності розвиває риси нейротизму, замкнутості та песимізму.
- **Суїцидальні думки** – в моменти крайньої безнадії дуже ймовірними є виникнення суїцидальних думок і поведінки. У таких випадках тільки почуття обов'язку у стосунках із пацієнтом стримує від самогубства.

У багатьох випадках основною причиною виникнення «синдрому опікуна» стає:

- хронічний стрес, пов'язаний із тривалим перебуванням у ситуації невизначеності, надмірної відповідальності й супутніми матеріальними труднощами;
- почуття втрати, у зв'язку з припиненням або суттєвим зменшенням емоційного контакту з пацієнтом у комі, який перестає бути звиклою людиною;
- відсутність можливості відреагувати на власний стрес, часто через почуття провини.

На думку багатьох родин, дуже егоїстично дбати про власний психофізичний добробут у той момент, коли хворий страждає.

Лякає той факт, що прокидання хворого з коми переважно не полегшує, натомість посилює симптоми опікунів. Причиною є те, що навіть тоді, коли криза минає, продовжує виникати багато нових проблем.

Все нові важкі ситуації викликають гнів і відчай, тому для родини опікунів дуже важлива стороння допомога. Їх потрібно навчити аналізувати

власні проблеми та шукати раціональні вирішення. Також важливо постійно інформувати близьких про стан пацієнта й ті терапевтичні дії, що проводяться для нього. Опікуни повинні знати про реальну ситуацію хворого, щоб не мати надмірних очікувань, а пізніше розчарування й втрати довіри до процесу лікування. Також із ними не потрібно говорити про негативні прогнози, оскільки це може позбавити мотивації співпрацювати.

Із родинними опікунами потрібно говорити про те, наскільки важливо приділяти час власним потребам. Оскільки добрий опікун не може бути перевиснаженим, знервованим і позбавленим жаги до життя. Їх потрібно переконувати у важливості знаходження часу на власний відпочинок, і що саме цей час дає можливість зробити якіснішим життя хворого.

Й останнім елементом допомоги родині є відновлення комунікативного зв'язку з хворим, здатності членів родини спілкуватися з ним. Опікунам важливо дізнатися, що пацієнт усе чує, проте може мати проблеми з розумінням. Таким чином важливою є інформація про деякі особливості вербальної та невербальної комунікації, а саме:

- до хворого важливо говорити повільно й чітко, без поспіху, спостерігаючи за його реакцією на зміст сказаного;
- звертатися до хворого потрібно як до дорослого, а не дитини чи психічно неповносправної людини, оскільки це може посилювати у нього відчуття неповносправності через нездатність до спілкування, а тому викликати подальше небажання йти на контакт;
- не потрібно спонукати та просити хворого говорити, важливо його приймати таким, яким він є, і терпляче очікувати на кожну реакцію, усвідомлюючи, наскільки багато часу та зусиль для цього потрібно;
- хворого не варто перенапружувати розмовами, часом достатньо просто разом помовчати;
- хворим можна розповідати про все, що відбувається у житті родини, близьких, рідних, друзів, справи на роботі. Коли рідні діляться власними радощами та печалями, у нього виникає переживання власної вагомості й потреби;
- важливо часто торкатися та гладити хворого, особливо його долоні, на яких розміщені найбільш збудливі для мозку рецептори.

Про важливість просвітницької роботи з родиною пацієнта

- Про важливість і навіть необхідність активної присутності родини в процесі реабілітації відомо достатньо, особливо багато про це можуть розповісти ті, хто займаються цією проблемою, й саме терапевти, які щодня спостерігають прямий вплив родини на реабілітацію.

- Значна кількість психологічних досліджень показують, що сім'я є найкращим середовищем для розвитку будь-якої людини. І саме сім'я стає відправною точкою та важливим елементом процесу лікування й реабілітації.
- Контакт із сім'єю повинен зберігатися від моменту госпіталізації. В процесі реабілітації від фізіотерапевта члени сім'ї повинні отримати інформацію про те, які справи потрібно робити з хворим і як виконувати повсякденні дії безпечно і корисно для нього.

Важливо

- Опікуючись хворим, звертайте увагу і на власні потреби. Одночасно з турботою про іншого, важливо не забувати і про власні бажання.
- У вашому житті повинні бути справи, що приносять радість, змістовність і наповненість існування.
- Звертайтеся до інших із проханням задовольнити Ваші потреби, проте будьте готовими, що можете почути від них «ні». Втім, чим частіше Ви звертаєтесь до інших із проханнями, тим імовірніше в майбутньому почуєте «так».
- Дбайте про близькі стосунки з іншими членами родини. Пам'ятайте, що саме в них є місце на те, щоб висловити власні почуття, навіть страх, занепокоєння та злість.
- Як людина, що турбується про хворого, пам'ятайте про важливість отримання якомога більшої підтримки від інших людей.



Рис. 9. Концерт для пацієнтів опікунсько-лікувального закладу фундації «Світло»

Лист пацієнтів до близьких

- Доторкайся до мене якомога частіше, так добре відчувати, що ти є поруч.
- Розмовляй зі мною якнайбільше, твій голос – музика для мого слуху.
- Говори до мене повільно, дуже простими реченнями, поки що мені важко зрозуміти філософські диспути і складні конструкції.
- Можеш розповідати мені про все, що завгодно, я продовжую залишатися членом твоєї родини, і мені хочеться знати, як ви живете.
- Розповідай мені про життя моїх знайомих, як справи на роботі.
- Я не дитина і не потрібно розмовляти зі мною, як з маленьким.
- Почитай мені про те, що мене цікавить, наприклад, газету, яку я любив читати, дай мені послухати улюблену музику.
- Щоразу, коли ти приходиш до мене, у мене з'являється це чудове відчуття потрібності. Даруй мені його час від часу, розкажи, як себе почуваш, поділися своєю радістю чи смутком, дай мені відчуття, що я є для тебе потрібним / -ою.
- Принеси мені мої улюблені предмети, хочу відчувати себе як удома.
- Хто, як не ти, знає, що саме я люблю найбільше, зроби мені невеличке задоволення: дай мені відчуття запаху кави, моїх улюблених парфумів, смаку шоколаду чи масажу стоп.
- Уважно спостерігай за мною. Я так багато працюю над найменшим рухом, аби подати тобі знак про те, що я чую та розумію. Поки що я можу показати це дуже обмеженими рухами: часом підморгнути, скорчити гримасу чи просто пришвидшено дихати.



Рис. 10. Реабілітаційний відпочинок пацієнтів лікувального закладу фундації «Світло», які вийшли зі стану коми

- Стався до мене з терпінням. Кожен рух для мене – це великі зусилля, що потребують часу.
- Масажуй мої долоні, на них найбільша кількість збудливих для мозку рецепторів.
- Як будеш удома мати хвильку часу, зроби мені аудіозапис свого голосу, я буду його слухати, коли тебе не буде поруч.
- Ти, як ніхто інший, знаєш, яка музика мені подобалася найбільше. Я знаю, що вона чекає на мене вдома, але перше, ніж я туди повернуся, принеси мені її сюди, до лікарні.
- Поки що я не можу дати тобі підтримку, на яку ти очікуєш, а тому, будь ласка, піклуйся про себе, продовжуй стосунки з іншими людьми та звертайся до них за допомогою. Пам'ятай, що турбуючись про себе, ти турбуєшся і про мене.