

К. В. АЙМЕДОВ¹, В. В. БАБІЄНКО², С. П. ГОРИЩАК³, Ю. О. АСЄЄВА¹

МОДЕЛЬ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З НАСЛІДКАМИ НЕВРОЛОГІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ

¹Кафедра психології (зав. – проф. К. В. Аймедов)

Одеського національного медичного університету; ²Кафедра гігієни та медичної екології (зав. – проф. В. В. Бабієнко) Одеського національного медичного університету;

³Кафедра хірургії № 3 з курсом нейрохірургії (зав. – проф. Є. О. Григор'єв)
Одеського національного медичного університету <Dgylya.as@gmail.com>

Стаття присвячена проблемі лікування та супроводу осіб, які перенесли неврологічне захворювання. Звернено увагу на необхідність впровадження комплексного медико-фармакологічного, психосоціального та медико-психологічного супроводу хворих з наслідками неврологічних захворювань. Підкреслена необхідність створення і розробки моделі мультидисциплінарної допомоги особам з наслідками неврологічного захворювання. Розроблено основні принципи психосоціального супроводу та реабілітації осіб з наслідками неврологічного захворювання. Вказано на необхідність створення мультидисциплінарних бригад медико-психологічної і психосоціальної допомоги цим особам та їхньому найближчому оточенню. Запропоновано варіант моделі мультидисциплінарної допомоги, що ґрунтується на біопсихосоціальному підході до лікування з урахуванням необхідності підготовки та психологічного супроводу найближчого оточення осіб з наслідками неврологічного захворювання.

Ключові слова: неврологічне захворювання; нейрохірургія; медико-психологічний; психосоціальний; медико-фармакологічний супровід; біопсихосоціальний підхід; реабілітація; супровід; психосоціальна реабілітація; мультидисциплінарні бригади.

Вступ. Нині концепція реабілітації хворих з неврологічними захворюваннями включає як лікування, так і профілактику та подальший супровід після хвороби, допомогу в пристосуванні до життя після перенесеної неврологічної травми, застосування нових способів пристосування до праці. Але реабілітація включає не тільки вище зазначені напрями, а насамперед новий підхід до хворого.

У сучасній медицині застосовують новітні технології, досвід і майстерність фахівців, які дозволяють врятувати життя людини. Але важливо розуміти, що навіть досконала праця нейрохірурга не може повністю відновити колишній стан пацієнта або наблизити його до такого, якщо він не отримає повноцінного курсу реабілітації. В Україні донедавна реабілітації хворих після нейрохірургічного втручання не надавали належного значення, цей етап у багатьох випадках був формальним і навіть пацієнти не розраховували на його позитивні результати, покладаючи всю відповідальність на лікаря, який проводив початкове лікування. Разом з тим за кордоном давно зрозуміли важливість етапу реабілітації та адаптації, тому там не один лікар-реабілітолог, а багато лікарів беруть участь у процесі реабілітації після операції і травми, що активно розвиває мультидисциплінарний підхід до лікування.

Мета дослідження – створення та розробка моделі мультидисциплінарної допомоги особам з наслідками неврологічного захворювання.

Матеріали і методи. Сучасні технології дозволяють проводити комплексну реабілітацію дозовано, з різною швидкістю, підбираючи інтенсивність занять індивідуально для кожного конкретного пацієнта. Важливу роль в реабілітації відіграють фізичні вправи, оскільки пацієнти після неврологічної травми скаржаться на порушення рухів. При порушеннях мови пацієнт займається з логопедом. Він ніби вчиться заново говорити. Якщо пацієнт раніше мав спеціальність, то фізіолог допомагає відновити йому втрачені навички або набути інші, що найкраще підходять для нього у післяопераційному періоді. Лікування та реабілітація хворих, які перенесли нейрохірургічне втручання, є складною загальнобіологічною, ме-

дичною та психосоціальною проблемою, вирішення якої передбачає біопсихосоціальний підхід [3, 6].

Отже, саме комплексна реабілітація дозволяє пацієнтові одужати повністю, а не частково. Успіх лікування залежить як від правильно встановленого діагнозу, так і від оптимально підбраного і проведеного лікування, а також правильної та своєчасної реабілітації пацієнта з наслідками неврологічного захворювання. Однак, незважаючи на значний прогрес у лікуванні наслідків неврологічних захворювань та зміни підходу до реабілітації і супроводу таких пацієнтів, кількість осіб, яким встановлюють інвалідність, з кожним роком в Україні збільшується, що зумовлює необхідність розробки і створення моделі мультидисциплінарної допомоги особам з наслідками неврологічного захворювання.

Методологія, аналіз та синтез науково-теоретичних даних і результатів експериментальних досліджень з проблеми психологічного, медичного та соціально-го супроводу пацієнтів з наслідками неврологічного захворювання.

Результати та їх обговорення. Серед наслідків неврологічного захворювання особливе місце посідають ті види, що потребують нейрохірургічного втручання. Актуальність даного аспекта проблеми відмічено в значній кількості експериментальних та теоретичних досліджень: В. П. Берсенева, Т. А. Доброхотова, Ю. В. Зотова, А. Д. Кравчука, Е. А. Кондратьєва, А. М. Коновалова, Л. Б. Ліхтермана, Х. Мухамеджанова, А. В. Новокшенова, В. С. Стариха, В. А. Хачатрян, F. G. Barker, J. Chinarian, M. Dujovny, A. Pompili, A. R. Rezaei, B. V. Silver, T. Yamashima, T. Yamamoto та ін. Інтерес авторів пояснюється тим, що в багатьох випадках нейрохірургічне втручання є найбільш ефективним і найчастіше єдино можливим, а супровід і реабілітація в таких випадках посідають важливе місце. Більше того, особливості сучасних можливостей нейрохірургії, поліпшення діагностичних і лікувальних можливостей призводять до зміни наслідків захворювання.

Останніми роками досягнуто значного успіху в хірургічному лікуванні наслідків неврологічних захворювань, однак практично всі дослідники, які вивчають дану нозологію, визначають в своїх працях значне коло невирішених питань [6, 12, 25, 26]. Різноманітність форм наслідків такого роду захворювань, складність патогенезу і різних клінічних проявів та величезні економічні збитки, під час лікувального процесу – причини для продовження всебічного наукового дослідження цієї проблеми. Оптимізація і подальша розробка методів нейрохірургічного лікування, вдосконалення заходів запобігання розвитку наслідків дуже актуальні в майбутньому. Оскільки наслідки неврологічних захворювань різноманітні і можливості сучасної діагностики та лікування досягли значних успіхів, необхідно осучаснити процес реабілітації та переглянути його основні принципи, найважливішою складовою є питання мультидисциплінарної реабілітації з позиції біопсихосоціального підходу.

Численні наслідки неврологічних захворювань та травм зумовлює мультидисциплінарність підходу до реабілітації з метою відновлення втрачених чи частково втрачених функцій організму хворого, а маркерами актуалізації даної проблематики є значне їх поширення (в середньому в світі 2–4 на 1000 населення на рік) з найвищою ураженістю дітей та осіб молодого віку, а також високий рівень летальності й інвалідизації таких хворих, тяжкість наслідків із стійкою або тимчасовою втратою працездатності.

Наприклад, черепно-мозкова травма (ЧМТ) призводить до величезних економічних втрат внаслідок витрат на надання екстреної, стаціонарної допомоги і подальшої реабілітації постраждалих, а також значних витрат на адаптацію осіб з наслідками ЧМТ, які вижили [2, 10, 18, 21, 23, 24]. Зокрема, в США витрати тільки на лікування потерпілого з легкою ЧМТ становлять в середньому 2700 доларів [29, 30]. Як причина смерті травма посідає третє місце в світі після серцево-судинних і онкологічних захворювань. При цьому майже в 50 % випадків при-

чиною смерті внаслідок травматизму є ЧМТ [3, 11, 12, 20, 22, 23, 27]. За летальними наслідками та інвалідизацією населення ЧМТ посідає перше місце серед всіх видів травми: за даними різних авторів летальність у постраждалих з ЧМТ становить 30,7–35 % [2, 8, 10, 11, 23]. Незважаючи на це, тільки 20 % постраждалих з ЧМТ і близько 60 % з тяжкою ЧМТ госпіталізують до спеціалізованих нейрохірургічних і нейротравматологічних установ [5, 9, 11, 20, 21].

Інвалідизація населення внаслідок всіх травм становить 25–30 %, при цьому в загальній структурі травматизму ушкодження центральної нервової системи (ЦНС) становить до 30–40 %. За частотою ЧМТ у понад 5 разів перевищує інші види нейрохірургічної патології разом [1, 3, 5–8].

Значні успіхи, досягнуті в нейрохірургії за останні два десятиліття, пов'язані з впровадженням новітніх досягнень різних галузей науки і техніки: електроніки, оптики, приладобудування тощо. Але процес автоматизованої обробки інформації та застосування інформатизації в повсякденній практичній лікарській діяльності, як не парадоксально, різко загальмували. Так, в США – лідера комп'ютеризації 20 000 000 нуклеотидів ДНК сотень організмів уведено в базу даних вручну [7, 8, 12, 13, 29–31]. Це може бути обумовлено тим, що успішність вирішення діагностичних завдань за допомогою математичних методів залежить від вибору системи ознак, за якими приймається рішення, і алгоритми вирішення, які, в свою чергу, повинні бути інформативними і мати однозначне тлумачення [14–16, 19, 22, 23]. Також слід враховувати, що серед різноманітних уражень нервової системи лише частина потребує оперативного лікування. Це, перш за все, травми нервової системи і їх ускладнення, пухлини головного і спинного мозку, аневризми судин мозку, геморагічний та ішемічний інсульт, деякі наслідки запальних захворювань, екстрапірамідні синдроми, епілепсія, деякі вади розвитку тощо. Цим обумовлена відсутність і дотепер єдиного підходу до ряду проблем в діагностиці і лікуванні неврологічних захворювань та травм. Ускладнює таку позицію й застосування різних класифікацій, розроблених за різними принципами. Їх фрагментарність, діагностика і прогноз за окремо взятими ознаками поки що не дозволяють вирішити проблему прогнозу перебігу неврологічних захворювань, що, в свою чергу, зумовлює проблематичність створення моделі мультидисциплінарної допомоги особам з наслідками неврологічного захворювання.

Отже, лікування та реабілітація хворих, які перенесли нейрохірургічне втручання, є складною загальнобіологічною, медичною та психосоціальною проблемою, вирішення якої передбачає біопсихосоціальний підхід [14, 16, 19, 26, 27].

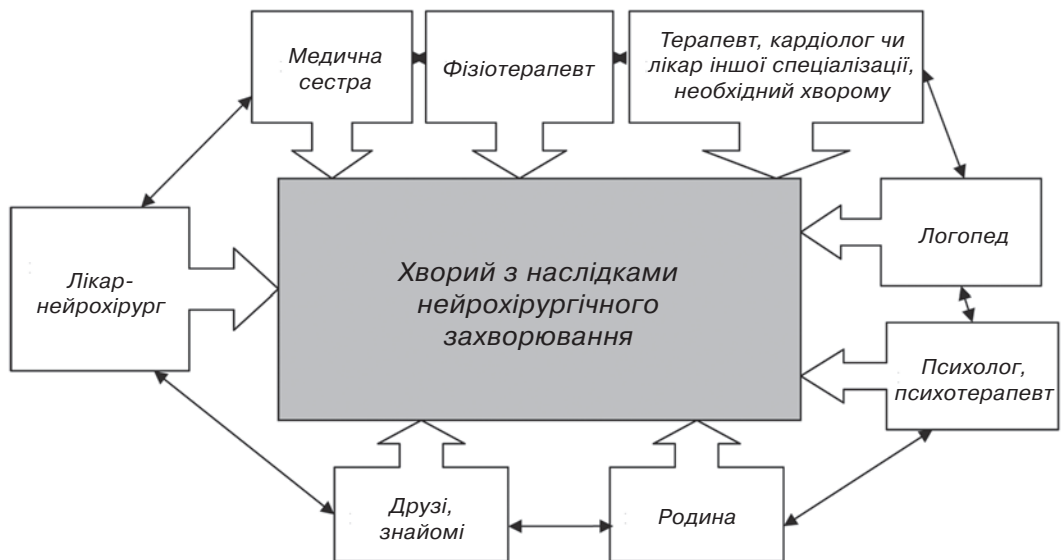
Однак протягом тривалого періоду в лікуванні основну увагу приділяли відновленню рухової функції, тоді як проблемам психоемоційного стану постраждалих, особливо в гострому і ранньому періодах перебігу хвороби, приділяли недостатню увагу. В. Н. Мошков вважає, що психологічна реабілітація повинна передувати фізичній: інертність хворих серйозно гальмує відновне лікування [19]. На думку ряду авторів, гострий період є важливим проміжком часу в формуванні у хворого уявлення про особливості його захворювання і можливості реабілітації за умови можливості спілкування з хворим. Успішна медична та фізична реабілітація зумовлюють максимально можливий в кожному окремому випадку рівень відновлення втрачених функцій, зниження смертності в результаті неврологічних захворювань та травм, продовження життя пацієнтів, поліпшення його якості [2, 4, 7, 9, 11, 14, 17, 20, 21, 24, 26, 28].

Реабілітація після нейрохірургічного втручання на сучасному етапі є комплексом заходів, які включають участь лікарів різних сфер – фізіотерапевта, масажиста, психолога, логопеда та ін. Адаптація і реабілітація даної категорії пацієнтів стають мультикомплексними з єдиною метою – по можливості максимально повно відновити втрачені функції у пацієнта, враховуючи наслідки травми або захворювання і проведеного лікування. Ця робота вимагає від пацієнта насамперед тер-

піння і наполегливості, а від лікарів – спеціальних навичок, реабілітаційного обладнання, тренажерів та іншої апаратури. Особливу увагу приділяють етапу швидкої регенерації м'язів при їх атрофії, пов'язаної з тривалою гіподинамією, щоб відновити силу і тонус кінцівки, повний обсяг рухів в суглобах після іммобілізації, прискорити регенерацію тканини хрящів, поліпшити трофіки тканин органів і кісток, збільшити рухливість при спайках в черевній порожнині після порожнинних операцій, підвищити загальний тонус пацієнта і психоемоційний стан, зняти біль і набряки після травми суглобів, відновити фізичну активність після інсульту, парезу і паралічу, а також в післяопераційному періоді, що пов'язано із захворюваннями і травмами опорно-рухового апарату тощо. Фізичні вправи, сучасна апаратура допомагають стимулювати місцевий і загальний імунітет, покращувати процеси репарації тканин, відновлювати крово- і лімфообіг. Однак психологічний супровід та емоційне налаштування пацієнта відіграють важливу роль в даному процесі.

Найголовнішою вимогою в процесі створення й розробки мультидисциплінарної моделі супроводу та реабілітації хворих з наслідками нейрохірургічного захворювання повинна бути узгодженість всієї системи надання такого роду допомоги: узгодженість та врахування індивідуально-психологічних особливостей хворого з метою створення ефективних методів особистісно-орієнтованих впливів на хворого, а також урахування та орієнтація на корекцію проблем адаптації хворих на кожному етапі психологічної реабілітації в системі біопсихосоціального підходу, ґрунтуючись на моделі комплексного міждисциплінарного підходу до даної категорії хворих (схема)

Схема взаємодії спеціалістів під час реабілітації хворого з наслідками нейрохірургічного захворювання



Слід зазначити, що робота медичного персоналу, залученого до реабілітації хворого з наслідками нейрохірургічного захворювання чи травми в моделі мультидисциплінарної допомоги повинна бути узгоджена з усіма членами бригади, зорієнтована на емоційну підтримку і формування у хворого позитивної лікувальної перспективи та установок на здоровий спосіб життя і сприяти формуванню оптимістичної життєвої позиції.

Враховуючи повну клінічну картину хвороби, можна виділити певні етапи мультидисциплінарної допомоги пацієнтам з наслідками нейрохірургічного захворювання чи травми:

- відновне лікування, головним завданням якого є відновлення біофізіологічних функцій організму;
- реадаптація – розвиток адаптивних можливостей. Основну роль відіграють психосоціальні методи. Медикаментозне лікування застосовують як підтримуючу терапію;
- реабілітація – відновлення хворого в правах, відносинах та соціальному статусі, який був до хвороби. Провідна роль належатиме психологічному супроводу, соціотерапевтичним методам, груповій терапії, арт-терапії і аква-терапії тощо.

При цьому слід враховувати й основні напрями реабілітації і залежно від галузі застосування методів поновлення втрачених чи частково втрачених функцій організму пацієнтів з наслідками нейрохірургічного захворювання згрупувати таким чином:

- кардіологічну реабілітацію пацієнтів здійснюють після гострого періоду інфаркту міокарда, при захворюваннях серця і судин;
- ортопедичну реабілітацію проводять після травм і операцій з приводу захворювань кістково-м'язової системи, вадах розвитку хребта, переломах і порушеннях постави;
- неврологічну і нейрохірургічну реабілітацію виконують після травм і операцій на органах нервової системи, при захворюваннях периферичної нервової системи, інсульті, парезах і паралічі. В її проведенні бере участь найбільша кількість фахівців – невролог, фізіотерапевт, масажист, психолог і психіатр, логопед та ін.

Основними методами вказаних видів реабілітації є: фізіотерапевтичне лікування; лікувальна гімнастика; масаж; мануальна терапія; електроміостимуляція; кріо-, кінезі-, механо-, ерго-, голкорексфлексотерапія; допомога логопеда; психологічний супровід тощо. Слід зазначити, що різкі і драматичні зміни в способі життя, обмеження можливостей, біль і неможливість звичного спілкування важко впливають на психіку людини, а пригнічений стан, в свою чергу, сповільнює фізіологічне відновлення. Тобто створюється хибне коло і щоб його розірвати пацієнтам потрібна не тільки підтримка й увага близьких, але і робота з психологом чи психотерапевтом. Таким чином, для нормальної реабілітації пацієнтів після нейрохірургічного втручання необхідна розробка програми індивідуальної мультидисциплінарної допомоги.

Для етапу медичної реабілітації характерне врахування біологічно обумовлених можливостей організму хворого до відновлення (нейропластичність) і перебудови порушених функцій [3–5, 7, 10–12, 15–18]. Провідними механізмами реабілітації в цей період є відновлення порушених функцій і компенсація (заміщення) функції, пристосування за допомогою різних засобів (біологічних, ортопедичних, допомога персоналу і родичів). Відновлення та компенсація доповнюють один одного і сприяють адаптації хворого до навколишнього середовища [18–21, 23, 25].

Етап психологічного супроводу при реабілітації даної категорії хворих слід формувати з урахуванням таких основних аспектів:

- визначення індивідуально-психологічних особливостей хворого (соматичних, рухових, когнітивних, індивідуально-психологічних якостей) на кожному етапі реабілітації та у разі необхідності їх корекція;
- відображення динаміки змін в системі відносин особистості хворого на кожному з етапів реабілітації, оскільки на кожному з них відбувається пристосування системи відносин особистості: самосприйняття і самодопомога; формування прихильності до лікування і співпраця з персоналом; усвідомлення нової соціальної ролі, нового способу життя тощо;
- систематичне інформування та переконання хворого про необхідність виконання всіх умов реабілітації з метою формування прихильності до лікування;

налаштування хворого на співпрацю з персоналом та прояв активності під час самостійних занять; формування установки на здоровий спосіб життя; готовності хворого до виконання психосоціальних умов реабілітації (після виписки із стаціонару виконання всіх призначень і реабілітаційних рекомендацій фахівців у домашніх умовах як фактор безперервності виконання реабілітаційних режимів нервово-психічного та фізичного навантаження, спрямованого на закріплення результатів лікування);

- створення умов для впровадження багаторівневості психологічної регуляції, яка включає біологічний (психофізіологічний), внутрішньо- та міжособистісний рівень;
- забезпечення безперервності психологічних впливів на різних етапах психосоціальної реабілітації (на стаціонарному та амбулаторному). Регулярне спостереження за станом пацієнта в динаміці і психологічний супровід його забезпечують найкращі умови для відновлення фізичних і психічних функцій, реінтеграції хворого в сім'ю і суспільство. Після виписки із стаціонару можна використовувати дистанційні форми зв'язку – інтернет, телефон, скайп тощо;
- постійне консультування та орієнтація родичів хворого на створення гуманістичного, емпатичного середовища в домашніх умовах.

Індивідуальний підхід на етапі надання психологічної допомоги повинен включати такі форми, як медична та навчальна моделі психотерапії. Медична модель передбачає консультування і психотерапію, нерідко і психофармакотерапію. Навчальна модель психотерапії орієнтована на досягнення пацієнтом пристосування до обмежень і повинна бути сконцентрована на активізації його участі в реабілітаційному процесі. Медична модель доречна в гострій фазі переживання нейрохірургічної травми, а навчальна – під час відновного процесу [2, 4, 12, 17, 21, 27]. Слід враховувати, що важливим резервом, який допомагає пацієнтові вирішити проблеми як на ранніх етапах після нейрохірургічного захворювання, так і у віддаленому його періоді є надія на одужання, успішність лікування, задоволення якістю життя. Надія є сильним мотивом і допомагає подолати наслідки захворювання [27]. При цьому важливо донести до пацієнта усвідомлення будь-яких позитивних «зрушень» в здоров'ї від початку захворювання дотепер.

Отже, одним з ключових елементів у моделі мультидисциплінарної допомоги особам з наслідками неврологічного захворювання повинна бути психологічна реабілітація, яку слід розглядати як систему багатокомпонентних психологічних впливів, спрямованих, з одного боку, на хворого з метою досягнення психологічної адаптації пацієнта після нейрохірургічного втручання; з іншого – на мікросоціум хворого з метою створення позитивного психотерапевтичного середовища в його оточенні.

В широкому розумінні модель мультидисциплінарної допомоги особам з наслідками неврологічного захворювання повинна включати: систему державних, економічних, медичних, професійних, педагогічних і психологічних заходів, спрямованих на пристосування хворого до життя і праці та на запобігання утворенню дефекту. Основною метою такої допомоги слід вважати відновлення становища людини в його власних очах і положення в суспільстві. До основних принципів такого роду мультидисциплінарної допомоги належить: принцип єдності біологічних і психосоціальних впливів; принцип поступовості – перехід від більш простих методів до більш складних; принцип партнерства лікаря та хворого; принцип усунення різнобічності зусиль і впливів у реабілітаційній програмі (медичні, психологічні, сімейні, професійні, сфера дозвілля).

Таким чином, модель мультидисциплінарної допомоги як системи не тільки фармакологічних, медичних, а й психологічних впливів на хворого на різних етапах реабілітації повинна бути спрямована на формування внутрішніх установок особистості щодо реабілітації: прихильності до лікування, співпраці з

персоналом, активності в лікуванні, установок на здоровий спосіб життя; метою є досягнення психологічної адаптації пацієнта після нейрохірургічного втручання до умов життя.

Слід також враховувати і намагання та очікування мікросоціуму хворого з наслідками нейрохірургічного втручання чи травми. Однією з актуальних проблем є встановлення міжособистісних відносин у сім'ї та в найближчому оточенні, а також вирішення проблем, пов'язаних з втратою і зміною соціальних ролей та дефіцитом соціальної підтримки. Під час спілкування з іншими людьми відбувається інтеріоризація соціальних норм і відносин, у хворого змінюється самооцінка, формується ставлення до хвороби, до оточуючих тощо. Тому в процесі реабілітації хворого при спілкуванні з родичами слід більше уваги приділяти інформуванню та сімейному консультуванню. На нашу думку, доцільно повідомляти рідним інформацію про особливості когнітивних порушень хворого, про емоційний стан, реакції особистості на захворювання; надавати розширену інформацію про необхідну допомогу хворому з боку близьких щодо відновлення порушених рухових і когнітивних функцій залежно від вираженості клінічних порушень хворого; давати консультації та залучати психологів до поліпшення взаємодії і співпраці хворого із сім'єю і найближчим оточенням. Отже, поряд з психологічною допомогою хворому на етапі психологічної реабілітації слід приділяти достатню увагу формуванню гуманістично-орієнтованого реабілітаційного середовища, тобто розробляти та впроваджувати тренінгові програми, програми психологічної підтримки не тільки хворих, але і їх найближчого оточення (родичі, медперсонал та спільнота хворих), і цей стане базою для формування комплексної терапії, що включатиме й терапію середовищем.

Аналіз результатів досліджень вказує на те, що у разі відсутності психологічного супроводу при реабілітації хворих з наслідками нейрохірургічного захворювання чи травми має місце поширення процесу хронізації психосоматичних захворювань – у 334,36 на 100 000 населення відбуваються повторні рецидиви психосоматичної хвороби [2]. При існуючих схемах лікування повторні епізоди виникають протягом першого року в 57–67 % випадків, а протягом п'яти років – в 69–95,5 %. Кожен наступний епізод, крім значних витрат у разі стаціонарного лікування, призводить до прогресу хвороби, істотного погіршення психосоматичних функцій пацієнта і, як результат, – до ранньої інвалідизації.

Використання мультидисциплінарного підходу дозволяє сформулювати стратегію медико-психологічної реабілітації хворих з позиції біопсихосоціальної моделі надання медичної допомоги.

Висновки. Отже, модель мультидисциплінарної допомоги особам з наслідками нейрохірургічного захворювання слід розробляти з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей хворих на принципах біопсихосоціального підходу. Систему заходів мультидисциплінарної допомоги з формування терапевтичного середовища слід створювати на взаємодії, взаємопідтримці та обізнаності всіх членів терапевтичної групи: родичів і найближчого оточення хворого, всіх членів мультидисциплінарної бригади, робота якої спрямована на реабілітацію й адаптацію пацієнта. Така орієнтація всіх членів терапевтичного середовища хворого сприятиме підвищенню власної відповідальності пацієнта за результат лікування.

Список література

1. *Алешина Е. Н.* Клинико-психологические особенности пациентов зрелого возраста с умеренными когнитивными расстройствами при дисциркуляторной энцефалопатии.
1. *Aleshina E. H.* Kliniko-psihologicheskie osobennosti pacientov zrelogo vozrasta s umerennymi kognitivnymi rasstrojstvami pri discirkulyatornoj encefalopatii: Avto-

- патии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2011. – 22 с.
2. *Амон Г.* Психосоматическая терапия. – СПб: Речь, 2000. – 216 с.
 3. *Барановский А. Ю.* Гирудотерапия: Руководство для врачей. – М.: Везь, 2008. – 304 с.
 4. *Беребин М. А.* Концепция отношений В. Н. Мясищева и теория психической адаптации личности // Вест. ЮУрГУ. – 2008. – № 33. – С. 18–26.
 5. *Визель Т. Г.* Основы нейропсихологии. – М.: АСТ Астрель, 2005. – 356 с.
 6. *Виленский Б. С.* Неотложные состояния в неврологии: Руководство для врачей. – СПб: Фолиант, 2004. – 512 с.
 7. *Гафарова М. Э., Наумова Г. М., Кошелёв В. Б.* и др. Агрегация и дезагрегация эритроцитов при тромбоэмболической модели инсульта у крыс // Нейронаука для медицины и психологии. Сб. X междунар. междисциплинар. конгр. – Судак, 2014. – С. 63–69.
 8. *Гусев Е. И., Чуканова А. С.* Современные патогенетические аспекты формирования хронической ишемии мозга // Журн. неврологии и психиатрии им С. С. Корсакова. – 2015. – № 3. – С. 4–9.
 9. *Ермакова Н. Г.* Психологическая коррекция самоотношения у больных с когнитивными нарушениями после инсульта // Известия РГПУ им. А. И. Герцена. – 2014. – № 167. – С. 90–104.
 10. *Еремеев Ю. А., Джангильдин Ю. Т., Кочетков А. В., Куликов М. П.* Клинико-психологические особенности больных с травматической болезнью спинного мозга // Труды X Междунар. конф. «АСВОМЕД-2008» «Современные технологии восстановительной медицины». – М., 2008. – С. 68–69.
 11. *Кадыков А. С., Шахпаранова Н. В.* Ранняя реабилитация больных, перенесших инсульт. Роль медикаментозной терапии // Нервные болезни. – 2014. – № 1. – С. 22–25.
 12. *Корсакова Н. К.* Клиническая нейропсихология. – М.: Академия, 2003. – 246 с.
 13. *Курбанов Р. С.* Качество жизни пациентов с травматической болезнью спинного мозга. – М.: МГППУ, 2011. – С. 423–426.
 14. *Лукutiна А. И.* Психические нарушения у пациентов с травмой опорнодвигательного аппарата: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 23 с.
 15. *Лурия А. Р.* Основы нейропсихологии. – М.: Академия, 2002. – 448 с.
 16. *Методы нейропсихологической диагностики:* Хрестоматия. – М., 2009. – 322 с.
 - ref. dis. ... kand. med. nauk. – М., 2011. – 22 s.
 2. *Amon G.* Psihosomatischeckaya terapiya. – SPb: Rech', 2000. – 216 s.
 3. *Baranovskij A. Yu.* Girudoterapiya: Rukovodstvo dlya vrachej. – M.: Ves', 2008. – 304 s.
 4. *Berebin M. A.* Konceptiya otnoshenij V. N. Myasishcheva i teoriya psihicheskoj adaptacii lichnosti // Vest. YUUrGU. – 2008. – № 33. – S. 18–26.
 5. *Vizel' T. G.* Osnovy nejropsihologii. – M.: AST Astrel', 2005. – 356 s.
 6. *Vilenskij B. S.* Neotlozhnye sostoyaniya v nevrologii: Rukovodstvo dlya vrachej. – SPb: Foliant, 2004. – 512 s.
 7. *Gafarova M. E., Naumova G. M., Koshelev V. B.* i dr. Agregacija i dezagregacija eritrocitov pri tromboembolicheskoj modeli insul'ta u krys // Nejrrounauka dlya mediciny i psihologii. Sb. H mezhdunar. mezhdisciplinar. kongr. – Sudak, 2014. – S. 63–69.
 8. *Gusev E. I., CHukanova A. S.* Sovremennye patogeneticheskie aspekty formirovaniya hronicheskoj ishемии mozga // ZHurn. nevrologii i psichiatrii im S. S. Korsakova. – 2015. – № 3. – S. 4–9.
 9. *Ermakova N. G.* Psihologicheskaya korrekciya samootnosheniya u bol'nyh s kognitivnymi narusheniyami posle insul'ta // Izvestiya RGPU im. A. I. Gercena. – 2014. – № 167. – S. 90–104.
 10. *Eremeev Yu. A., Dzhangil'din Yu. T., Kochetkov A. V., Kulikov M. P.* Kliniko-psihologicheskie osobennosti bol'nyh s travmaticheskoj boleznyu spinnogo mozga // Trudy H Mezhdunar. konf. «ASVOMED-2008» «Sovremennye tekhnologii vosstanovitel'noj mediciny». – M., 2008. – S. 68–69.
 11. *Kadykov A. S., Shahparanova N. V.* Rannyaya rehabilitaciya bol'nyh, perenesshih insul't. Rol' medikamentoznoj terapii // Nervnye bolezni. – 2014. – № 1. – S. 22–25.
 12. *Korsakova N. K.* Klinicheskaya nejropsihologiya. – M.: Akademiya, 2003. – 246 s.
 13. *Kurbanov R. S.* Kachestvo zhizni pacientov s travmaticheskoj boleznyu spinnogo mozga. – M.: MGPPU, 2011. – S. 423–426.
 14. *Lukutiina A. I.* Psihicheskie narusheniya u pacientov s travmoj opornodvigatel'nogo apparata: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – M., 2008. – 23 s.
 15. *Luriya A. R.* Osnovy nejropsihologii. – M.: Akademiya, 2002. – 448 s.
 16. *Metody nejropsihologicheskoy diagnostiki:* Hrestomatiya. – M., 2009. – 322 s.

17. Морозов И. Н., Млявых С. Г. Эпидемиология позвоночно-спинномозговой травмы (обзор) // Мед. альм. – 2011. – № 4. – С. 157–159.
18. Мошков В. Н. Лечебная физическая культура в клинике нервных болезней. – М.: Медицина, 2003. – 224 с.
19. Напреско О. К. Депресія та тривога. Профілактика в первинних структурах охорони здоров'я // За ред. проф. І. П. Смирної. – К.: Здоров'я, 1999. – 165 с.
20. Олейник С. А. Механизмы психической адаптации и дезадаптации у больных с болевыми и безболевыми формами ишемической болезни сердца – участников профилактической программы: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Томск, 1992. – 24 с.
21. Полищук Н. Е. Современные принципы диагностики и лечения больных с позвоночно-спинномозговой травмой: Метод. рекомендации. – М., 2006. – 36 с.
22. Савенкова І. І. Локалізація ступеня суб'єктивної виразності болю в онтогенетичній розгортці хворих на хронічні гастроентерологічні розлади // Пробл. загальної та педагогічної психології. – К., 2009. – Т. 11. – С. 482–490.
23. Суслина З. А., Пирадов М. А., Домашенко М. А. Инсульт: оценка проблемы (15 лет спустя) // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2014. – Т. 114, № 11. – С. 5–14.
24. Симонова І. А. Епидемиологія позвоночно-спинномозгової травми та організація медичинської допомоги постраждали: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 2000. – 24 с.
25. Цветкова Л. С. Восстановление высших психических функций. – М.: Академический проект, 2004. – 148 с.
26. Шабетник О. И. Особенности нарушений высших психических функций и их восстановление у лиц с правополушарными очаговыми поражениями мозга: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2011. – 22 с.
27. Шехорина А. В. Качество жизни пациентов с травматической болезнью спинного мозга. – М.: МГППУ, 2011. – С. 511–516.
28. Шкловский В. Востановление речевой функции у больных с разными формами афазии // М.: «Ассоциация дефектологов», 2000. – 96 с.
29. Barton J. Stroke and Rehabilitation: Psychological Perspectives. – Oxford Handbook of Rehabilitation Psychology, 2012. – P. 235–248.
30. Elliot T. R., Rath J. F. Rehabilitation Psychology. – Oxford Handbook of Counseling Psychology, 2012. – P. 679–702.
17. Morozov I. N., Mlyavyh S. G. Epidemiologiya pozvonochno-spinnomozgovoy travmy (obzor) // Med. al'm. – 2011. – № 4. – S. 157–159.
18. Moshkov V. N. Lechebnaya fizicheskaya kul'tura v klinike nervnyh boleznej. – M.: Medicina, 2003. – 224 s.
19. Naprecnko O. K. Depresiya ta trivoga. Profilaktika v pervinnih strukturah ohoroni zdorov'ya // Za red. prof. I. P. Smirnovoj. – K.: Zdorov'ya, 1999. – 165 s.
20. Olejnik S. A. Mekhanizmy psihicheskoy adaptacii i dezadaptacii u bol'nyh s boleвыми i bezbolevymi formami ishemicheskoy bolezni serdca – uchastnikov profilakticheskoy programmy: Avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk. – Tomsk, 1992. – 24 s.
21. Polishchuk N. E. Sovremennye principy diagnostiki i lecheniya bol'nyh s pozvonochno-spinnomozgovoy travmoy: Metod. rekomendacii. – M., 2006. – 36 s.
22. Savenkova I. I. Lokalizaciya stupenya sub'ektivnoj viraznosti bolyu v ontogenetichnij rozgortci hvorih na hronichni gastroenterologichni rozladi // Probl. zagal'noj ta pedagogichnoj psihologii. – K., 2009. – T. 11. – S. 482–490.
23. Suslina Z. A., Piradov M. A., Domashenko M. A. Insul't: ocenka problemy (15 let spustya) // ZHurn. nevrologii i psihiatrii im. S. S. Korsakova. – 2014. – T. 114, № 11. – S. 5–14.
24. Simonova I. A. Epidemiologiya pozvonochno-spinnomozgovoy travmy i organizaciya medicinskoj pomoshchi postrazhdali: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – SPb, 2000. – 24 s.
25. Cvetkova L. S. Vosstanovlenie vysshih psihicheskikh funkcij. – M.: Akademicheskij projekt, 2004. – 148 s.
26. Shabetnik O. I. Osobennosti narushenij vysshih psihicheskikh funkcij i ih vosstanovlenie u lic s pravopolusharnymi ochagovymi porazheniyami mozga: Avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk. – M., 2011. – 22 s.
27. Shekhorina A. V. Kachestvo zhizni pacientov s travmaticheskoy bolezn'yu spinnogo mozga. – M.: MGPPU, 2011. – S. 511–516.
28. Shklovskij V. Vostanovlenie rechevoj funkcii u bol'nyh s raznymi formami afazii // M.: «Associaciya defektologov». 2000. – 96 s.

МОДЕЛЬ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ ПОМОЩИ
ЛИЦАМ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ
НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

К. В. Аймедов, В. В. Бабиенко, С. П. Горищак, Ю. А. Асеева (Одесса)

Статья посвящена проблеме лечения и сопровождения лиц, перенесших неврологическое заболевание. Авторы обращают внимание на необходимость внедрения комплексного медико-фармакологического, психосоциального и медико-психологического сопровождения больных с последствиями неврологических заболеваний. Подчёркнута необходимость создания и разработки модели мультидисциплинарной помощи лицам с последствиями неврологического заболевания. Разработаны основные принципы психосоциального сопровождения и реабилитации лиц с последствиями неврологического заболевания. Указано на необходимость создания мультидисциплинарных бригад медико-психологической и психосоциальной помощи данной категории больных и их ближайшему окружению. Предложен вариант модели мультидисциплинарной помощи, основанной на биопсихосоциальном подходе к лечению с учётом необходимости подготовки и психологического сопровождения ближайшего окружения лиц с последствиями неврологического заболевания.

Ключевые слова: неврологическое заболевание; нейрохирургия; медико-психологическое; психосоциальное; медико-фармакологическое сопровождение; биопсихосоциальный подход; реабилитация; сопровождение; психосоциальная реабилитация; мультидисциплинарные бригады.

MODEL OF MULTIDISCIPLINARY ASSISTANCE
TO PEOPLE WHO SUFFER
CONSEQUENCES OF NEUROLOGICAL DISEASES

K. Aymedov¹, V. Babienko², S. Gorishchek³, Yu. Aseyeyva¹ (Odesa, Ukraine)

¹National Medical University; ²Head of Department of Hygiene and Medical Ecology, the Odessa National Medical University; ³Department of surgery 3 with the course of neurosurgery in the Odessa National Medical University, chief physician of the City's Children Polyclinic № 6

The article is devoted to the problem of treatment and support of people who have suffered from a neurological disease. The authors turn attention to the need to implement a comprehensive medical-pharmacological, psychosocial and medical-psychological support for patients with consequences of neurological diseases. The necessity of creating and developing a model of multidisciplinary assistance to those who are experiencing the consequences of neurological disease is emphasized. The basic principles of psychosocial support and rehabilitation of persons with the consequences of a neurological disease have been developed. They point to the need to create interdisciplinary teams of medical-psychological and psychosocial assistance, as this category of people and their closest environment. Authors propose a variant of the model of multidisciplinary care based on the biopsychosocial approach to treatment, taking into account the need for training and psychological support to the closest environment of people who are experiencing the consequences of neurological disease.

Key words: neurological disease; neurosurgery; medical-psychological; psychosocial; medical-pharmacological; biopsychosocial approach; rehabilitation; support; psychosocial rehabilitation; multidisciplinary brigades.