

Опыт работы невропатолога в группе специалистов смежных специальностей

Меланченко Е. А.

Описана роль невропатолога в группе специалистов Центра лечебной педагогики, занимающихся подготовкой к школе «проблемных» детей и коррекционной работой с неуспевающими школьниками. Обозначено соотношение медикаментозного и других способов коррекционного воздействия в условиях Центра.

Работа невропатолога в процессе абилитации в Центре лечебной педагогики принципиально отличается от аналогичного рода деятельности в стационаре или поликлинике. Районный или палатный врач ставит диагноз, назначает ребенку необходимый минимум лабораторных исследований и соответствующее медикаментозное и/или физиотерапевтическое лечение. Консультации со специалистами смежных специальностей, работа с родителями, динамическое наблюдение за состоянием пациента практически отсутствуют; контроль за лечением происходит в лучшем случае один раз в 3–6 месяцев.

Работа в качестве врача-невропатолога в Центре лечебной педагогики имеет ряд принципиальных особенностей, о которых пойдет речь ниже.

Во-первых, наша деятельность протекает в команде. Команда — это группа специалистов, разрабатывающая индивидуальные программы развития для каждого ребенка. Невропатолог в таком объединении выполняет роль стратега. Он не предлагает конкретного лечения, но формулирует основные проблемы, которые имеются у данного пациента, ставит топический диагноз, устанавливает уровень поражения нервной системы и вырабатывает вместе с членами команды упражнения на формирование той или иной функции.

Во-вторых, врач в команде имеет по крайней мере начальные представления о психологической ситуации в семье и о том микросоциуме, в котором находится конкретный ребенок. Врач осознает, какие задания могут быть выполнены под контролем специалиста — лечебного педагога, а какая часть — в домашних условиях.

В-третьих, осмотр, как правило, ведется не в отдельном кабинете, а путем наблюдения за деятельностью детей на каких-либо занятиях: на уроке, в мастерской, в физкультурном зале, просто во время игры на ковре и т. д. Если ребенок не посещает коррекционные занятия, а с ним занимается дома родители при консультативной поддержке специалистов Центра, то невропатолог внимательно изучает рисунки и классные тетради. При этом доктор следит за правильностью письма, почерком, за их изменением в течение учебного дня и недели, за характером изображения прямых линий, за расположением рисунка на листе бумаги и др.

С учетом перечисленных особенностей легче понять, как проходит работа той группы специалистов, в которую входит автор данной публикации. Эта работа заключается в подготовке 6–7-летних детей к школе и решении проблем школьной неуспеваемости детей старшего возраста.

Почему же мы занялись подобной деятельностью? Дело в том, что анализ проблем, с которыми сталкиваются школьники, показал, что больше 50% детей не успевают за темпом школьных занятий, по несколько часов выполняют домашние задания, мучаются тяжелыми головными болями, а при длительном письме — болями в спине и руке. Примечательно, что все эти проблемы подчас возникают у детей с сохранным интеллектом. Удивительно, что до обращения в наш Центр эти дети считались всеми врачами, даже невропатологом, практически здоровыми.

Анализ клинико-нейрофизиологических показателей выявил у большинства неуспевающих детей признаки перенесенного в младенческом возрасте гемипареза или гемисиндрома. В тех случаях, когда диагноз был своевременно поставлен, дети проходили курсы массажа, физиотерапии, принимали медикаментозные препараты. На втором году жизни они обычно исчезали из поля зрения невропатолога и на учете больше не состояли. В период с трех до семи лет проблемы, связанные с асимметриями, ни детей, ни их родителей, как правило, не беспокоили. Лишь в школьном возрасте проявились

сложности ориентировки в пространстве, трудности во владении письмом, стало обнаруживаться большое количество описок, перестановок букв в слогах, слогов в словах и т. п.

Одна из причин такого рода проблем — недостаточная сформированность межполушарного взаимодействия, что и приводит к выраженным трудностям в процессе обучения. Помощь детям, которые имеют данную патологию, сводится к следующим составляющим: развитие двуручной деятельности, нейропсихологическая помощь, иногда — медикаментозная коррекция.

Для развития двуручной деятельности мы применяем, прежде всего, рисование одновременно двумя руками на вертикальной поверхности сходящихся и расходящихся кругов и волн. Кроме того, полезно оказалось выполнять те же упражнения в положении лежа на животе. При этом использовались мелки или кисточки (но не ручки или карандаши), так как данные инструменты позволяют адекватно обеспечить тоническое напряжение во всех мышцах верхнего плечевого пояса с двух сторон одновременно.

Другой практикуемый нами вид двуручной деятельности — игры с мячом: подбрасывание его попеременно правой и левой рукой в вертикальной плоскости и отбивание его от стены.

Мы также уделяем внимание развитию мелкой моторики при взаимодействии обеих рук. Для этого дома дети лепят, перебирают крупу, девочки занимаются макраме и т. д.

Одним из самых важных занятий является укрепление спины с помощью массажа и лечебной гимнастики. Способствуют этому также плавание, игры в волейбол и баскетбол.

Медикаментозное лечение не носит замещающего по отношению к другим коррекционным воздействиям характера. Любое лекарство используется в микродозах — в 3–4 раза меньших, чем рекомендовано в медицинских справочниках. Кроме того, лекарственные препараты применяются лишь для «толчка»: не на первом этапе работы с ребенком, а только когда требуется произвести качественно новые изменения в состоянии нервной системы. При этом всегда учитывается специфическое действие того или иного стимулятора.

Например, ноотропил употребляется преимущественно в случаях корковых расстройств; наком — при расстройствах, носящих экстрапирамидный характер. Любое лекарственное средство не применяется более двух недель, причем за получаемым эффектом проводится

очень четкий динамический еженедельный контроль: невропатолог оценивает состояние мышечного тонуса, рефлекторную сферу, координаторные расстройства в виде мимопадания и интенционного тремора (в последнем случае преимущество отдается пальцемоточковой, а не пальценосовой пробе). По возможности проводятся нейрофизиологические исследования. Адекватный контроль за электроэнцефалограммой и электронейромиограммой позволяет не превышать допустимый уровень компенсации, достигнутый у каждого конкретного ребенка и избегать побочного действия лекарств. Конечно, установлению такого контроля очень помогло бы создание собственной нейрофизиологической лаборатории.

В заключение необходимо еще раз подчеркнуть важность «командного» метода работы в процессах реабилитации и ту роль стратега, которую играет в сообществе невропатолог. Недостаточность его знаний по смежным специальностям — нейропсихологии, дефектологии, логопедии, арттерапии и др. — компенсируется взаимодействием с соответствующими специалистами. На невропатолога, как владеющего клиническими и нейрофизиологическими методиками контроля, возлагается и функция наблюдения за процессом реабилитации детей, которыми занимается вся группа специалистов.

Меланченко Елизавета Александровна — невропатолог Центра лечебной педагогики (117311, Москва, ул. Строителей, д. 17-б), аспирант Российской медицинской академии постдипломного образования (Москва); эл. почта: cnt02@glasnet.ru