

## МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

### ПРИКАЗ

от 28 декабря 1998 г. N 383

#### **О СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РЕЧИ И ДРУГИХ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ**

Организация специализированной помощи больным с нарушениями речи и других высших психических функций органического и функционального генеза, внедрение принципов комплексной системы лечения и реабилитации - неотложная задача здравоохранения.

Дети с выраженными нарушениями речи и других высших психических функций не могут успешно учиться, усваивать общеобразовательную программу, в связи с чем примерно 50 процентов стойко неуспевающих в начальных классах переводятся в категорию умственно отсталых.

Особую клиническую сложность представляют больные с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы при поражениях левого полушария. По далеко неполным данным в России ежегодно регистрируется около 400 тыс. инсультов, 30 процентов из них умирает. Из оставшихся в живых примерно 40 процентов имеют нарушения высших психических функций, в том числе речи, которые, как правило, сочетаются с психическими расстройствами и нарушением движений в правых конечностях, что в большинстве случаев приводит к тяжелой инвалидизации. Как правило, больные не только теряют трудоспособность, они не в состоянии себя обслуживать, дезорганизуют жизнь всей семьи, поскольку требуют за собой со стороны родственников постоянного надзора и ухода.

Органами управления здравоохранением и учреждениями здравоохранения проведена определенная работа по совершенствованию специализированной помощи лицам, страдающим различными нарушениями речи и других высших психических функций, органического и функционального генеза.

В ряде поликлиник для детского и взрослого населения и скоропомощных неврологических, нейрохирургических отделениях больниц, психоневрологических диспансерах и других лечебно-профилактических учреждениях организованы логопедические кабинеты, восстановительные отделения. В Москве организована специализированная служба во главе с Центром патологии речи и нейрореабилитации, в котором проводится комплексное восстановительное лечение наиболее тяжелого контингента больных с нарушениями речи и других высших психических функций, возникших вследствие перенесенных инсультов, черепно-мозговых травм, нейроинфекций, страдающих логоневрозом (заиканием и др.), детей с задержками психоречевого развития и др.

Вместе с тем в целом по стране в организации специализированной помощи больным с нарушениями речи и других высших психических функций, имеются серьезные недостатки.

Имеющаяся сеть логопедических кабинетов не полностью удовлетворяет потребности населения, оснащение и оборудование их не соответствует современным требованиям.

Эпидемиологические исследования в регионах, позволяющие представить реальные показатели распространенности речевой патологии, не проводятся.

В детских лечебно-профилактических учреждениях не уделяется должного внимания профилактике и выявлению речевых расстройств, не выделяются группы риска. Дети, нуждающиеся в специализированной помощи, через медико-педагогические комиссии направляются в образовательные учреждения, где практически отсутствует медицинская помощь.

Недостаточно налажена взаимосвязь и преемственность между детской и взрослой логопедической службой, а также между учреждениями здравоохранения и образования.

До сих пор не налажена четкая система подготовки, повышения квалификации и аттестации дефектологов, психологов и врачей, оказывающих помощь больным с нарушениями речи и других высших психических функций. Многие специалисты имеют недостаточную профессиональную подготовку. Не решены на должном уровне вопросы лицензирования, аттестации и сертификации учреждений и специалистов.

С целью дальнейшего развития и совершенствования специализированной помощи больным с нарушениями речи и других высших психических функций, приказываю:

1. Ввести в действие:

1.1. [Положение](#) о логопедии (Приложение 1).

1.2. [Положение](#) об организации работы логопедического кабинета (Приложение 2).

1.2.1. Примерный [перечень](#) оборудования логопедического кабинета (Приложение 3).

1.3. [Положение](#) об организации работы дневного стационара для больных с афазиями, дизартриями и логоневрозами (Приложение 4).

1.4. [Положение](#) об организации работы стационарного отделения для лечения нарушений речи и других высших психических функций (Приложение 5).

1.5. [Положение](#) об организации работы стационара на дому для больных с нарушениями речи и других высших психических функций (с последствиями перенесенных церебральных инсультов и тяжелых черепно-мозговых травм) (Приложение 6).

1.6. [Положение](#) об организации работы Центра патологии речи и нейрореабилитации (Приложение 7).

1.7. Штатные [нормативы](#) медицинского, педагогического и иного персонала психоневрологических учреждений и подразделений по оказанию специализированной помощи больным с нарушениями речи и других высших психических функций (Приложение 8).

1.8. [Программу](#) подготовки на курсах тематического усовершенствования специалистов по патологии речи и нейрореабилитации (Приложение 9).

1.9. Методические [рекомендации](#) "Организация специализированной службы по оказанию помощи больным с патологией речи (комплексная система лечения и нейрореабилитации)" (Приложение 10).

1.10. [Нормы](#) работы логопедов учреждений здравоохранения Российской Федерации (Приложение 11).

1.11. [Нормы](#) нагрузки врачей-психиатров учреждений и подразделений специализированной помощи больным с нарушениями речи и других высших психических функций (Приложение 12).

2. Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации:

2.1. Организовать деятельность специализированной службы помощи больным с нарушениями речи и других высших психических функций в соответствии с документами, утвержденными настоящим Приказом.

2.2. Организовать систематическую учебу медицинского, педагогического и другого персонала, участвующего в оказании специализированной помощи больным с нарушениями речи и других высших психических функций.

3. Возложить обязанности главного внештатного логопеда Министерства здравоохранения Российской Федерации на руководителя отделения патологии речи Московского научно-исследовательского института психиатрии Минздрава России профессора В.М. Шкловского.

4. Директору Московского научно-исследовательского института психиатрии Минздрава России профессору Краснову В.Н., главному внештатному логопеду

Минздрава России профессору Шкловскому В.М.:

4.1. Обеспечить регулярное обучение специалистов для логопедической службы в соответствии с программой подготовки на курсах их тематического усовершенствования по патологии речи и нейрореабилитации.

4.2. Провести изучение структуры, динамики и распространенности в регионах страны речевой патологии среди детей, подростков и взрослых. Срок - до 2002 года.

4.3. Подготовить предложения по сертификации, лицензированию, аттестации и повышению квалификации дефектологов и медицинских психологов. Срок - июль 1999 года.

4.4. Подготовить предложения по проведению совместной коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства общего и профессионального образования Российской Федерации по вопросу о состоянии и совершенствовании специализированной помощи лицам, страдающим нарушениями речи и других высших психических функций, подготовке кадров. Срок - до 01.07.99.

5. Считать не действующими на территории Российской Федерации Приказы Министерства здравоохранения СССР от 08.04.85 N 465 "О мерах по дальнейшему совершенствованию логопедической помощи больным с нарушениями речи", от 24.07.85 N 981 "Об утверждении внештатного главного специалиста и создании комиссии по вопросам логопедии Минздрава СССР" и от 19.08.85 N 1097 "Об утверждении расчетных норм обслуживания для логопедов учреждений здравоохранения и примерного перечня оборудования логопедических кабинетов".

---

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

---

7. Контроль за выполнением настоящего Приказа возложить на заместителя Министра А.И. Вялкова.

Министр  
В.И.СТАРОДУБОВ

Приложение 1

Утверждено  
Приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 28 декабря 1998 г. N 383

## ПОЛОЖЕНИЕ О ЛОГОПЕДЕ

### 1. Общие положения

1.1. Логопед - специалист с высшим педагогическим дефектологическим образованием по специальности логопедия, владеющий методами нейропсихологического обследования больных с нарушениями речи и других высших психических функций, индивидуального и группового восстановительного обучения, теоретическими и практическими знаниями в области дефектологии, предусмотренными программой подготовки в соответствии с требованиями квалификационной характеристики, и получивший сертификат по логопедии.

1.2. В своей работе руководствуется действующим законодательством Российской Федерации по вопросам образования и охраны здоровья граждан, приказами Минздрава России, Минобразования России, органов управления образованием и здравоохранением и настоящим Положением.

1.3. Подчиняется руководителю учреждения и его заместителю.

1.4. Назначается на должность и увольняется с должности в соответствии с действующим законодательством.

## 2. Обязанности

2.1. Проводит диагностическое обследование больных с нарушениями речи и других высших психических функций.

2.2. Совместно с врачом составляет индивидуальные программы медицинской и педагогической реабилитации больных с нарушениями речи и других высших психических функций (афазии, дизартрии, агнозии, апраксии, дислексии, дисграфии, заикание, задержки речевого развития и др.).

2.3. В соответствии с намеченными программами проводит индивидуальные и групповые занятия с больными.

2.4. По мере необходимости организует консультации с врачами и другими специалистами.

2.5. Проводит консультативную работу с родственниками больных, в том числе в части рекомендаций относительно занятий с больными в домашних условиях.

2.6. Имеет график работы непосредственно с пациентами в соответствии с действующими штатными нормами педагогической работы в учреждениях здравоохранения.

Подготовка пособий, оформление документации, работа с родственниками, консультации со специалистами и другие виды деятельности осуществляются вне графика работы с пациентами.

2.7. Совместно с врачом участвует в ведении медицинской документации с записями содержания консультации, результатов логопедического (нейропсихологического) обследования, индивидуальной программы медицинской и педагогической реабилитации, информации о проведенных занятиях, этапных эпикризов с указанием динамики состояния пациента не реже 1 раза в 10 - 12 дней, заключительного эпикриза. Ведет Дневник работы логопеда.

2.8. В конце календарного года представляет годовой отчет о работе главному логопеду органа управления здравоохранением.

2.9. Повышает свою квалификацию по дефектологии на циклах усовершенствования не реже одного раза в 5 лет.

2.10. Внедряет в практику современные методы логопедической помощи.

## 3. Права

3.1. Принимает участие в совещаниях, научно-практических конференциях врачей и педагогических работников по профилю своей работы.

3.2. Участвует в работе общественных профессиональных организаций.

## 4. Ответственность логопеда

В случае нарушений прав граждан в области охраны здоровья, недобросовестного выполнения своих профессиональных обязанностей и нарушения педагогической этики несет ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Руководитель Департамента  
организации медицинской  
помощи населению  
А.А.КАРПЕЕВ

Приложение 2

Утверждено  
Приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 28 декабря 1998 г. N 383

#### ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

1. Логопедический кабинет организуется в составе: территориальной поликлиники для детского, подросткового и взрослого населения; психоневрологического [диспансера](#); психоневрологического, неврологического, нейрохирургического отделений многопрофильной городской, областной (окружной, краевой, республиканской) больницы и других лечебно-профилактических учреждений.

2. Логопедический кабинет обеспечивает специализированную консультативно-диагностическую, коррекционно-восстановительную, психологическую и социальную помощь больным с нарушениями речи и других высших психических функций.

3. Организационно-методическое руководство деятельностью логопедического кабинета осуществляется главным логопедом органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

4. Штаты персонала логопедического кабинета утверждаются в установленном порядке.

5. На должность логопеда кабинета назначается специалист с высшим педагогическим дефектологическим образованием по специальности - логопедия, имеющий соответствующий сертификат.

6. В кабинете оказывается логопедическая помощь детскому, подростковому и взрослому населению с нарушениями речи и других высших психических функций различного генеза.

7. Основными задачами логопедического кабинета являются:

- консультативно-диагностическая работа и отбор больных для лечения в кабинете;
- проведение индивидуальных и групповых логопедических и психологических занятий;

- привлечение родственников больного к участию в выполнении в доступных формах логопедических заданий, созданию условий для речевого режима и благоприятного психологического климата в семье.

8. Для обеспечения выполнения основных функций и задач кабинетов должны быть предусмотрены: помещение для приема пациентов, помещения для проведения индивидуальных и групповых занятий, помещения для психолога, социального работника и другого персонала. Кабинет оборудуется в соответствии с примерным перечнем оборудования логопедического кабинета.

9. В кабинете ведется учетная и отчетная документация.

Руководитель Департамента  
организации медицинской  
помощи населению  
А.А.КАРПЕЕВ

Приложение 3

Утвержден  
Приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 28 декабря 1998 г. N 383

**ПРИМЕРНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ  
ОБОРУДОВАНИЯ ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО КАБИНЕТА**

№ п/п	Наименование оборудования	Количество
I. Помещение и дизайн		
1.	Помещение для организации приема больных площадью 14 - 20 кв. м	1
2.	Помещение для индивидуальных и групповых логопедических занятий площадью 30 - 40 кв. м	1
3.	Помещение для социального работника и медицинской сестры площадью 15 - 20 кв. м	1
4.	Элементы внутреннего дизайна (облицовка стен, декоративные растения, ковровые покрытия, напольные вазы, картины, эстампы и пр.)	в соответствии с возможностями
II. Аппараты и приборы		
1.	Прибор тонометрический	1
2.	Секундомер	1
3.	Аудио комплекс: Магнитофон кассетный 0 - 1 класса	1
	Звуковой усилитель мощностью до 50 Вт с эквалайзером	1
	Система стереофоническая мощностью 50 - 100 Вт	1
	Наушники стереофонические	10
4.	Диктофон	1
5.	Магнитофонные кассеты	15
6.	Метроном	1
7.	Диaproектор для слайдов	1
8.	Экран	1
9.	Наборы слайдов	1
10.	Экспериментально-логопедические методики	10
11.	Зеркало ручное	10
12.	Зеркало настенное	1
13.	Видеомагнитофон	1
14.	Кассеты для видеомагнитофона	10
15.	Набор настольных игр для детей	2

16.	Набор игрушек для детей	2
17.	Телевизор	1
18.	Персональный компьютер с программным обеспечением марки IBM	1
19.	Видеокассеты с программами по восстановлению речи и других высших психических функций	
III. Медицинский инструментарий		
1.	Ножницы прямые	3
2.	Пинцет анатомический	1
3.	Фонендоскоп комбинированный	1
4.	Набор логопедических зондов и шпателей	2
5.	Набор - укладка для оказания неотложной медицинской помощи	1
IV. Предметы ухода за пациентами		
1.	Банка стеклянная для термометров и шпателей	2
2.	Пипетка глазная	5
3.	Стаканчик для приема лекарств	5
4.	Тазик эмалированный почкообразный	1
5.	Термометр медицинский максимальный	2
6.	Ведро педальное	2
V. Специальная мебель и оборудование		
1.	Кушетка смотровая	1
2.	Стол логопеда	1
3.	Стол медицинской сестры	1
4.	Шкаф для медицинских инструментов	1
5.	Столик для инструментов	1
6.	Ящик для картотеки	2
VI. Бытовая мебель и оборудование		
1.	Кресло мягкое	10
2.	Стул полумягкий	8
3.	Шкаф для одежды	1
4.	Шкаф книжный	2
5.	Полка книжная	3
6.	Столик журнальный	2

Руководитель Департамента  
организации медицинской  
помощи населению  
А.А.КАРПЕЕВ

Приложение 4

Утверждено  
Приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 28 декабря 1998 г. N 383

**ПОЛОЖЕНИЕ  
ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ДЛЯ БОЛЬНЫХ  
С АФАЗИЯМИ, ДИЗАРТРИЯМИ И ЛОГОНЕВРОЗАМИ**

**Дневной стационар для больных с дизартрией и афазией**

1. Дневной стационар на 25 - 30 мест является структурным подразделением учреждения здравоохранения и предназначен для специализированной помощи лицам с нарушениями речи и других высших психических функций.

2. Предназначен для лечения больных, которым по их состоянию не противопоказано самостоятельное передвижение по городу, но требуются меры нейрореабилитации, по объему и интенсивности, приближенные к условиям стационара.

3. Режим посещений и продолжительность курса лечения назначается врачом соответственно соматическому состоянию пациента (от 2 до 6 раз в неделю). Курс лечения до 90 дней.

4. Организуется в составе Центра патологии речи и нейрореабилитации, в территориальных поликлиниках и других лечебно-профилактических учреждениях.

5. Основные задачи:

- комплексное восстановительное лечение больных с нарушениями речи и других высших психических функций (афазией, дизартрией, нарушением письма, чтения, счета, праксиса и гнозиса), вследствие сосудистых, травматических, нейроинфекционных заболеваний центральной нервной системы, а также оперативных вмешательств на головном мозге;

- уточнение диагноза и решение экспертных вопросов в случаях, требующих длительного наблюдения пациентов врачами, дефектологами и психологами;

- трудовая и бытовая реабилитация пациентов, оказание им социально-правовой помощи.

6. Комплексное лечение и нейрореабилитация пациентов осуществляется с использованием: медикаментозного лечения, ежедневной логотерапии (индивидуальные и групповые занятия), нейропсихологической диагностики, лечебной физкультуры, массажа и других методов реабилитации.

**Дневной стационар для больных с логоневрозами**

1. Предназначен для комплексного лечения и реабилитации больных с логоневрозами (заикание и др.).

2. Рассчитан на одновременное пребывание в течение дня 20 - 30 пациентов. Курс лечения составляет 90 дней, из них: 45 дней в дневном стационаре, где занятость больных в лечебном процессе 6 - 7 часов ежедневно, и 45 дней в амбулаторных группах, которые функционируют в свободное от работы и учебы вечернее время 3 раза в неделю. Организуется в Центре патологии речи и нейрореабилитации, территориальных поликлиниках и других лечебно-профилактических учреждениях.

3. При дневном стационаре создаются также группы поддерживающей терапии для больных, прошедших полный курс лечения, где осуществляется закрепление навыков, полученных в дневном стационаре и амбулаторной группе. Группы работают в вечернее время с посещением занятий 3 раза в неделю.

4. Пациенты формируются в группы, состав которых в течение курса лечения не меняется (закрытые группы).

5. Основные задачи:

- проведение комплексных медицинских, медико-психологических, медико-педагогических мероприятий, психотерапии и др.;

- восстановление речевой и коммуникативной функции и психологической



адаптации пациентов.

6. Лечебные мероприятия включают в себя медикаментозную терапию, индивидуальные и групповые занятия с логопедами, психологами, психотерапию, рефлексо-, физиотерапию и др.

Руководитель Департамента  
организации медицинской  
помощи населению  
А.А.КАРПЕЕВ

Приложение 5

Утверждено  
Приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 28 декабря 1998 г. N 383

**ПОЛОЖЕНИЕ  
ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ  
НАРУШЕНИЙ РЕЧИ И ДРУГИХ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ**

1. Общие положения

1.1. Отделение является структурным подразделением Центра патологии речи и нейрореабилитации, многопрофильной больницы или другого лечебно-профилактического учреждения.

1.2. Штаты персонала отделения утверждаются в установленном порядке.

1.3. Организационно-методическое руководство отделением для лечения нарушений речи и других высших психических функций осуществляется главным логопедом органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

1.4. Работа персонала отделения регламентируется приказами, распоряжениями, перечнем функциональных обязанностей, распорядком дня и планом работы отделения, утверждаемыми администрацией лечебно-профилактического учреждения.

1.5. Содержание помещений, оборудования, учебных кабинетов, обеспечение лечебными средствами и учебно-методическими пособиями, исходя из специфики медико-педагогического процесса, обеспечиваются администрацией лечебного учреждения по заявкам заведующего отделением.

2. Основные задачи

2.1. Отделение предназначено для обеспечения медицинских, медико-педагогических и медико-психологических мероприятий, направленных на восстановительное лечение и нейрореабилитацию больных с тяжелыми нарушениями речи и других высших психических функций.

2.2. Показаниями к комплексному восстановительному лечению в отделении являются нарушения речи и других высших психических функций (афазии, дизартрии, агнозии, апраксии и др.), возникшие в результате перенесенных церебральных инсультов, черепно-мозговых травм, нейроинфекций и др., сопутствующие соматические

заболевания, нарушения опорно-двигательного аппарата (парезы, параличи), тяжелые случаи логоневрозов (заикания) и др.

### 3. Порядок госпитализации и пребывания в отделении

3.1. Госпитализация пациента в отделение осуществляется добровольно (по его просьбе или с его согласия) в плановом порядке по направлению отборочной комиссии.

3.2. После прохождения отборочной комиссии пациенты вызываются на госпитализацию в порядке очередности с учетом медицинских показаний.

3.3. Пребывание пациентов в отделении регламентируется установленными в отделении правилами.

3.4. Срок пребывания пациента в стационаре определяется объемом медицинских, медико-педагогических и медико-психологических мероприятий и составляет от 45 до 90 дней.

3.5. Показания к продлению срока лечения и повторной госпитализации определяются комиссионно - врачом совместно с логопедом и нейропсихологом.

3.6. В комплекс мер по нейрореабилитации включаются ежедневно 2 - 3 индивидуальные и 1 групповое логопедические занятия (с учетом соматического состояния пациента). Осуществляется динамическое наблюдение за соматическим и психическим состоянием больного, фармако-, физио-, иглорефлексотерапия, массаж, ЛФК и др.

### 4. Отчетность

4.1. Заведующий отделением проводит анализ качества и эффективности проводимого в отделении восстановительного лечения и по его данным отчитывается перед администрацией лечебно-профилактического учреждения.

4.2. Ежегодный статистический отчет о работе отделения сопровождается составлением объяснительной записки.

Руководитель Департамента  
организации медицинской  
помощи населению  
А.А.КАРПЕЕВ

Приложение 6

Утверждено  
Приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 28 декабря 1998 г. N 383

**ПОЛОЖЕНИЕ  
ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СТАЦИОНАРА НА ДОМУ ДЛЯ БОЛЬНЫХ  
С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ И ДРУГИХ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ  
(С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ИНСУЛЬТОВ  
И ТЯЖЕЛЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ)**

1. Стационар на дому является структурным подразделением Центра патологии речи и нейрореабилитации, многопрофильной больницы или другого лечебно-профилактического учреждения.

2. Стационар на дому обеспечивает проведение комплексных медицинских, нейропсихологических и педагогических мероприятий, направленных на восстановление у больного высших психических функций, опорно-двигательного аппарата, навыков санитарной гигиены и самообслуживания.

3. Штаты персонала стационара на дому утверждаются в установленном порядке.

4. В задачу стационара на дому входит оказание комплексной нейрореабилитационной помощи больным, состояние которыхотягощено сопутствующими соматическими заболеваниями, исключающими возможность самообслуживания и самостоятельного передвижения, и значительно препятствующими осуществлению восстановительного процесса в условиях суточного стационара.

5. В стационар на дому больные поступают по направлению отборочной комиссии.

6. На отборочную комиссию пациенты направляются врачами и логопедами лечебно-профилактических учреждений по завершении стационарного лечения по поводу острого периода заболевания.

7. Курс лечения в стационаре на дому составляет 90 дней. Осмотры больных на дому проводятся врачами (неврологом и терапевтом) не реже 1 раза в две недели. Дополнительно по показаниям назначаются осмотры нейропсихолога, психиатра. В зависимости от состояния больного логопедические занятия проводятся от 1 до 3 раз в неделю.

8. Программа восстановительного лечения в стационаре на дому наряду с медикаментозной терапией предусматривает индивидуальные логопедические занятия, массаж, лечебную физкультуру, психотерапию, в том числе семейную, и социальную работу.

9. Врачи стационара на дому работают во взаимодействии с участковыми терапевтами и неврологами.

Руководитель Департамента  
организации медицинской  
помощи населению  
А.А.КАРПЕЕВ

Приложение 7

Утверждено  
Приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 28 декабря 1998 г. N 383

**ПОЛОЖЕНИЕ  
ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ЦЕНТРА ПАТОЛОГИИ РЕЧИ  
И НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ**

1. Центр патологии речи и нейрореабилитации является либо лечебно-профилактическим учреждением, либо организуется в составе городской (областной, краевой, республиканской) многопрофильной больницы или другого лечебно-

профилактического учреждения на функциональной основе.

2. Штаты Центра утверждаются в установленном порядке. Руководство Центром, являющимся лечебно-профилактическим учреждением, осуществляется директором (главным врачом) и его заместителями по лечебной и педагогической работе.

3. Научно-методическое руководство Центром осуществляется главным логопедом органа управления здравоохранением администрации субъекта Российской Федерации.

4. Основные задачи:

- диагностика, оказание комплексной медицинской, медико-педагогической, медико-психологической и социальной помощи больным (детям, подросткам и взрослым) с нарушениями речи и других высших психических функций, нарушениями коммуникации и общения, сопутствующими соматическими и неврологическими расстройствами, в том числе двигательными, возникшими в результате перенесенных инсультов, черепно-мозговых травм, нейроинфекций и других поражений головного мозга;

- разработка и внедрение в практику диагностического обследования нарушенных функций, определение оптимального объема медицинских, психологических и педагогических мероприятий, составление адекватных лечебно-восстановительных комплексных программ, программ курсового комплексного восстановительного лечения (фармако-, физио-, рефлексотерапия, индивидуальные и групповые логопедические занятия, психотерапия, лечебная физкультура и массаж и др.), социально-бытовой и социально-трудовой реабилитации;

- обеспечение организационно-методического руководства специализированной логопедической и нейрореабилитационной службой в регионе с целью обеспечения преемственности в работе ее подразделений и поэтапного восстановительного лечения больных;

- разработка и апробация новых способов и методов лечения, коррекции, нейрореабилитации, а также диагностической и лечебной аппаратуры;

- разработка и внедрение в практику лечебных учреждений методов диагностики медицинских, психологических, педагогических и социальных аспектов нейрореабилитации, разработка методических рекомендаций, дидактических пособий, учебных аудио-, кино- и видеопрограмм;

- проведение циклов повышения квалификации для специалистов, работающих в области патологии речи и нейрореабилитации;

- организация культурно-эстетических программ для больных с различными видами нарушений общения, коммуникации, речи и других высших психических функций.

5. Примерная структура Центра:

- консультативно-диагностическое отделение;
- стационарное отделение с профилизацией коек по возрасту пациентов;
- стационар на дому для больных с афазиями и дизартриями;
- дневной стационар для больных с афазиями и дизартриями;
- дневной стационар для больных логоневрозами;
- амбулаторное детское отделение с дневным стационаром;
- фониатрическое отделение;
- отделение ЛФК и массажа;
- отделение функциональной диагностики;
- физиотерапевтическое отделение;
- организационно-методический отдел.

Руководитель Департамента  
организации медицинской  
помощи населению  
А.А.КАРПЕЕВ

Утверждены  
Приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 28 декабря 1998 г. N 383

**ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ  
МЕДИЦИНСКОГО, ПЕДАГОГИЧЕСКОГО И ИНОГО ПЕРСОНАЛА УЧРЕЖДЕНИЙ  
И ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ  
С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ И ДРУГИХ ВЫСШИХ  
ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ**

1. Центры патологии речи и нейрореабилитации, специализированные стационарные отделения, в том числе дневные стационары для оказания помощи больным с патологией речи и других высших психических функций:

1.1. Врачебный персонал:

1.1.1. Должности врачей-неврологов устанавливаются из расчета 1 должность на 20 коек (мест).

1.1.2. Должности врачей-психиатров устанавливаются из расчета 1 должность на 25 коек (мест).

1.1.3. Должности врачей-психотерапевтов устанавливаются из расчета 1 должность на 15 коек (мест).

1.1.4. Должности врачей-физиотерапевтов устанавливаются из расчета 1 должность в учреждении (отделении).

1.1.5. Должности врачей по лечебной физкультуре устанавливаются в соответствии с нормами, утвержденными Приказом МЗ СССР от 29.12.85 N 1672.

1.1.6. Должности врачей функциональной диагностики устанавливаются в соответствии с нормами, утвержденными Приказом Минздравмедпрома РФ от 31.11.93 N 238.

1.1.7. Должности заведующих специализированными отделениями устанавливаются: в отделениях до 40 коек (мест) вместо 0,5 ставки врача; в отделениях на 40 и более коек (мест) - сверх должностей врачей.

1.2. Средний медицинский персонал:

1.2.1. Должности медицинских сестер (палатных) устанавливаются из расчета 1 круглосуточный пост на 20 коек (мест).

1.2.2. Должности медицинских сестер процедурных кабинетов устанавливаются из расчета 1 должность на отделение, дневной стационар.

1.2.3. Должности инструкторов по лечебной физкультуре устанавливаются из расчета 1 должность на 12 коек (мест).

1.2.4. Должности инструкторов по трудовой терапии устанавливаются из расчета 1 на 30 коек (мест).

1.2.5. Должности старших медицинских сестер отделения устанавливаются соответственно должностям заведующих отделениями.

1.3. Младший медицинский персонал:

1.3.1. Должности санитарок (палатных) или младших медицинских сестер по уходу за больными устанавливаются из расчета 1 круглосуточный пост на 25 коек (мест).

1.3.2. Должности санитарок-буфетчиц устанавливаются из расчета 1 должность на 25

коек (мест).

1.3.3. Должности санитарок-ваннщиц устанавливаются в отделениях до 20 коек (мест) - 1 должность, в отделениях свыше 20 коек (мест) - 2 должности.

1.3.4. Должности сестры-хозяйки устанавливаются из расчета 1 должность на одно отделение.

1.4. Иной персонал:

1.4.1. Должности медицинских психологов устанавливаются из расчета 1 должность на 20 коек (мест).

1.4.2. Должности логопедов устанавливаются в соответствии с расчетными нормами, указанными в [Приложении 11](#).

1.4.3. Должности социальных работников устанавливаются из расчета 1 должность на 20 коек (мест).

2. Стационары на дому для больных с нарушениями речи и других высших психических функций:

2.1. Медицинский персонал:

2.1.1. Должности врачей-неврологов и врачей-терапевтов устанавливаются из расчета 1 должность на 50 больных.

2.1.2. Должности врачей-психиатров устанавливаются из расчета 1 должность на стационар.

2.1.3. Должности заведующих стационаром устанавливаются до 25 больных вместо 0,5 должности врача, на 25 и более больных - сверх должностей врачей.

2.1.4. Должности медицинских сестер устанавливаются из расчета 1 должность на 25 больных.

2.2. Иной персонал:

2.2.1. Должности логопедов устанавливаются в соответствии с расчетными нормами, указанными в [Приложении 11](#).

2.2.2. Должности медицинских психологов устанавливаются из расчета 1 должность на 25 больных.

2.2.3. Должности социальных работников устанавливаются из расчета 1 должность на 20 больных.

3. Логопедические кабинеты:

3.1. Логопедические кабинеты организуются из расчета не менее одного на 100 тыс. взрослого населения и не менее одного на 10 тыс. детского и подросткового населения.

3.2. В кабинете для взрослого населения устанавливаются должности:

- логопеда - 1;
- медицинского психолога - 1;
- специалиста по социальной работе - 1;
- медицинской сестры - 1.

3.3. В кабинете для детского населения устанавливаются должности:

- логопеда - 1;
- медицинского психолога - 1;
- медицинской сестры - 1.

Руководитель Департамента  
экономики, планирования  
и финансирования  
здравоохранения  
Н.Н.ТОЧИЛОВА

Утверждена  
Приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 28 декабря 1998 г. N 383

**ПРОГРАММА  
ПОДГОТОВКИ НА КУРСАХ ТЕМАТИЧЕСКОГО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ  
СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ПАТОЛОГИИ РЕЧИ И НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ**

1. Введение

Неуклонный рост числа взрослых с патологией речи сосудистого и травматического генеза, а также детей с аномалиями развития, и в первую очередь речевого, ставит вопрос оказания специализированной помощи в один ряд с важнейшими проблемами здравоохранения и образования. Дети с патологией речи (задержки речевого развития, общее недоразвитие речи, заикание, алалии, дислалии, трудности обучения грамоте - дизграфии и дислексии), а также взрослые больные с афазией, дизартрией, логоневрозами составляют значительный процент популяции. Данные контингенты больных нуждаются, как правило, в комплексном лечении и реабилитации с широким использованием современных достижений науки и практики. Такой подход предполагает не только наличие у специалистов, принимающих участие в лечебно-реабилитационном процессе высокого профессионализма, но также достаточную их ориентацию в смежных областях знания. Между тем, существующая система их подготовки практически не способна обеспечить потребности учреждений здравоохранения и образования в квалифицированных кадрах. Дефектологи не получают в вузах достаточного объема и качества знаний по психологии, нейропсихологии, основам неврологии, психиатрии и др. Психологи, в свою очередь, мало ориентированы в вопросах специальной педагогики, врачи практически не знакомы с основами нейропсихологии и дефектологии.

Такое положение является следствием обучения специалистов в отрыве от клинической базы, дающей возможность получать знания применительно к конкретным видам патологии речи и на практике освоить методы терапии и реабилитации пациентов. Обеспеченность квалифицированными специалистами лечебно-профилактических и образовательных учреждений в стране крайне недостаточна, что также приводит к невозможности оказания своевременной и эффективной помощи указанному контингенту детей и взрослых в требуемом объеме.

Стихийное проведение разного рода курсов, семинаров, а также "институтов", дающих лишь фрагментарные знания в области патологии речи, только усложняет создавшееся положение. Подобный способ решения проблем подготовки кадров заключает в себе реальную опасность, так как зачастую ведет к дискредитации профессии.

Решением проблемы должна стать система организации процесса последипломного обучения в учреждениях, имеющих необходимую клиническую базу, где специалисты разного профиля получают современные сведения из разных областей знания, позволяющие им работать на более высоком профессиональном уровне.

Полипрофессиональный подход к проблеме последипломного образования требует наличия скоординированной программы, сочетающей в себе современные достижения науки и практики с оптимальной методологией преподавания.

2. Основные принципы повышения квалификации специалистов,  
работающих в области патологии речи

Система повышения квалификации в области патологии речи и нейрореабилитации сочетает в себе современные теоретические, практические, клинические и экспериментальные разделы, обеспечивающие медико-психолого-педагогическую основу для представления об общих и частных проблемах патологии речи и других высших психических функций человека.

Учебный процесс направлен на развитие творческой активности обучающихся. Форма обучения является как очной, так и очно-заочной.

Учебные программы направлены на:

- активное усвоение теоретических знаний и теоретико-методологических принципов;
- ориентацию в смежных областях знания;
- овладение навыками и приемами диагностики, коррекционной и восстановительной работы с различными контингентами детей и взрослых;
- выработку умения работать с литературой, а также способности к самостоятельному анализу материала, используя опыт собственной работы и проверяя результаты в виде контрольных работ;
- овладение принципами этики и деонтологии;
- овладение основными принципами установления контакта с детьми, взрослыми больными и их родственниками;
- освоение принципов и методов социальной работы с больными и их родственниками;
- адекватное понимание границ профессиональной компетенции, принципов профессионального взаимодействия с врачами и другими специалистами (психологами, педагогами и др.).

### 3. Общая структура повышения квалификации специалистов и основные методические приемы, рекомендуемые при обучении

Последипломная подготовка проводится в три этапа: 1) повышение квалификации специалистов по общим проблемам патологии речи и нейрореабилитации; 2) специализация дефектологов, психологов и врачей в частной речевой патологии; 3) получение дополнительной квалификации в области нейропсихологии (для дефектологов и психологов).

В процессе обучения используются лекции, семинары, коллоквиумы, практические занятия, клинические разборы, стажировка на рабочем месте, работа с супервизором.

Учебный материал рассчитан на освещение современных отечественных и зарубежных научных достижений в области патологии речи и нейрореабилитации, а также усвоение новых методов и конкретных приемов практической работы с детьми и взрослыми.

По прохождении всего курса подготовки выдается сертификат, который необходимо подтверждать каждые три года.

### 4. Образовательный минимум последипломной подготовки специалистов

Общая продолжительность обучения, включая стажировку, 590 часов (440 часов аудиторного курса и 150 часов на рабочем месте).

Аудиторный курс обучения состоит из 6 циклов (продолжительностью 72 часа каждый):

1. Современные проблемы патологии речи и нейрореабилитации.



2. Патология речи у детей.
3. Афазии и дизартрии.
4. Заикание.
5. Дизграфии и дислексии.
6. Основы нейропсихологии и нейролингвистики.

Первый цикл является базовым, необходимым для овладения знаниями на других специальных циклах.

## 5. Обоснование содержания циклов повышения квалификации

Тема первого цикла "Современные проблемы в области патологии речи и нейрореабилитации" обусловлена необходимостью повышения знаний специалистов в концептуальных, методологических, методических и организационных вопросах.

Патология речи у детей выделяется в отдельный цикл, что связано не только с ее спецификой, но и постоянно растущей численностью страдающих ею детей с задержкой психического развития.

В цикле "Афазии и дизартрии" особое внимание уделяется тем видам речевой патологии, которые проявляются в рамках тяжелых заболеваний центральной нервной системы. Этот цикл рассчитан в основном на специалистов, работающих в учреждениях здравоохранения. Рассматриваются неврологический, нейропсихологический, нейролингвистический аспекты речевой деятельности и ее нарушений. Подробно освещаются вопросы мозговой реализации речевой функции и патогенетические механизмы ее нарушения при разных формах афазии и дизартрии.

Распространенностью такого вида речевой патологии как логоневрозы, и прежде всего заикание, обусловлено включение в программу повышения квалификации цикла "Заикание". В нем значительная роль отводится не только изучению вопросов этиологии, клиники и патогенеза речевого дефекта, но и психиатрическому и психотерапевтическому аспекту проблемы.

Выделение дизграфий и дислексий в отдельный цикл связано с тем, что обучение грамоте является одной из главных социальных задач. Педагоги, включая дефектологов, часто пытаются решить этот вопрос своими силами, без использования современных достижений в области неврологии, психиатрии, нейропсихологии, нейролингвистики, возрастной психологии и других дисциплин. Кроме того, изменение возрастных порогов речевого развития, а именно готовность все большего числа детей 4 - 5-летнего возраста к обучению грамоте, и вместе с тем отсутствие этой готовности у части нормально развивающихся детей, требует специфических методов диагностики и педагогической работы, учитывающей психологию раннего детского возраста.

Наконец, цикл "Основы нейропсихологии и нейролингвистики" включен в программу в связи с целесообразностью расширения профессиональной компетенции специалиста, который, овладев методикой нейропсихологической и нейролингвистической диагностики, проводил бы наблюдение за восстановлением больного в динамике. На сегодняшний день, к сожалению, отсутствие необходимого числа нейропсихологов приводит к неточности в диагностике при нарушении речевой и других высших психических функций и не дает возможности объективизировать результаты реабилитации. В связи с этим ознакомление дефектологов и врачей с методами и приемами нейропсихологической диагностики является необходимым звеном в системе повышения квалификации специалистов.

## 6. Циклы повышения квалификации

Специфика системы повышения квалификации специалистов, работающих в области патологии речи и нейрореабилитации, заключается в том, что они обеспечивают

специализированную помощь населению как в области здравоохранения, так и образования. Это требует наличия высококвалифицированного преподавательского состава, всецело владеющего проблемой.

Необходимость постоянного пополнения профессиональных знаний обусловлена развитием научно-практических подходов к диагностике и терапии различных форм речевых расстройств, а также нарушений других высших психических функций. В связи с этим в программе подготовки отражены новые взгляды и методы, получившие признание в отечественной и международной практике патологии речи и нейрореабилитации.

## 1. ТЕМА: "СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ НАУКИ И ПРАКТИКИ В ОБЛАСТИ ПАТОЛОГИИ РЕЧИ И НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ"

	Содержание курса	Учебные часы		
		лекции	практические	всего
1.	Современное состояние проблемы патологии речи и нейрореабилитации: * отечественные и зарубежные достижения науки и практики; * эпидемиология речевых расстройств у детей и взрослых	6		6
2.	Речевая функциональная система: * неврологический аспект; * нейролингвистический аспект	12	2	14
3.	Основные этапы созревания речевой и других высших психических функций (ВПФ); дифференциальные критерии нормального и патологического развития	4		4
4.	Патология речи: * нарушения речи у детей и взрослых органического и функционального генеза: клиника, этиология, патогенез; * локальные поражения мозга различной этиологии; * классификация нарушений речи; * нарушения неречевых ВПФ - гнозиса, праксиса, мышления, памяти, внимания; * диагностика нарушений речевой и других ВПФ	16	2	18
5.	Терапия нарушений речи: 1. Основные принципы комплексной системы лечения и нейрореабилитации речевых расстройств (биологические, психологические, социальные разделы): * медикаментозное лечение, включая ЛФК, массаж; * восстановительное обучение: понятие компенсации нарушений речи и других ВПФ; основные принципы восстановительного обучения больных с афазией и дизартрией; * психокоррекция; * социально-психологическое направление работы	20	2	22

	2. Коррекционное обучение: * специфика коррекционного обучения при разных формах патологии речи у детей; * предупреждение школьной неуспеваемости			
	3. Комплексная система терапии заикания: * медико-педагогическое направление работы; * психолого-педагогическое направление работы			
6.	Компьютерные методы диагностики и восстановительного обучения		4	4
7.	Организационно-правовые вопросы	2	2	4

Всего 72 часа

## 2. ТЕМА: "ПАТОЛОГИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ"

	Содержание курса	Учебные часы		
		лекции	практические	всего
1.	Речевая функция в норме: * неврологический аспект: возрастные пороги созревания структур мозга; * нейропсихологический и нейролингвистический аспекты речевого развития	10	2	12
2.	Патология речевой функции: * этиология речевых расстройств у детей; * классификация речевых расстройств; * виды речевых нарушений: дислалия, задержки речевого развития, общее недоразвитие речи (ОНР), дизграфия, дислексия, алалия, дизартрия, афазия у детей; * дифференциальная диагностика нарушений речи у детей	18	6	24
3.	Психопатология у детей с нарушениями речи: клиника и терапия	6	4	10
4.	Комплексная терапия нарушений речи: * медикаментозное направление; * психолого-педагогическое направление; * коррекционное обучение при разных формах патологии речи	12	14	26

Всего 72 часа

## 3. ТЕМА: "АФАЗИЯ И ДИЗАРТРИЯ"

--	--	--	--	--

	Содержание курса	Учебные часы		
		лекции	практические	всего
1.	Современные концепции проблемы патологии речи у взрослых	4		4
2.	Нарушения речи при локальных поражениях мозга: 1. Афазии: * этиология; * патогенез; * классификация афазий: нейропсихологическая, нейролингвистическая; * клиника различных форм афазии по нейропсихологической и нейролингвистической классификации; 2. Дизартрии: * этиология; * патогенез; * клиника различных видов	30	22	52
3.	Комплексная нейрореабилитация: * принципы комплексной нейрореабилитации; * восстановительное обучение; * медико-психологическое направление; * модели специализированных учреждений	6	10	16

Всего 72 часа

#### 4. ТЕМА: "ЗАИКАНИЕ"

	Содержание курса	Учебные часы		
		лекции	практические	всего
1.	Современное состояние проблемы: отечественные и зарубежные концепции заикания	4		4
2.	Этиология и патогенез заикания: * физиологический и психофизиологический аспекты; * неврологический аспект; * психологический аспект	4	2	6
3.	Клиника заикания: * виды заикания; * типы судорог при заикании; * возрастные особенности клиники заикания; * критерии дифференциальной диагностики разных видов заикания	14	6	20
4.	Логоневрозы: * виды логоневрозов: заикание, афония (дисфония), мутизм, их этиология и	6	2	8

	патогенез; * психиатрический, неврологический, патопсихологический аспекты логоневрозов			
5.	Межполушарная асимметрия мозга и проблема заикания	4		4
6.	Лечение заикания: 1. Медицинское направление. 2. Психологическое направление. 3. Логопедическое направление. 4. Комплексная система лечения заикания * логопедическая работа; * психотерапия: рациональная, суггестивные методы, групповая психотерапия; * социально-психологическая работа; * экспертная оценка результатов работы	14	12	26
7.	Организация логопедической помощи	2	2	4

Всего 72 часа

### 5. ТЕМА: "ДИЗГРАФИИ И ДИСЛЕКСИИ"

	Содержание курса	Учебные часы		
		лекции	практические	всего
1.	Специфика грамотной речи (лингвистический и нейролингвистический аспекты): * психологическая структура письма и чтения; * виды письменности; * роль различных по иерархии уровней мозга в организации письменной речи	10		10
2.	Проблема обучения грамоте: * возрастные параметры усвоения грамоты * критерии готовности к обучению чтению и письму; * трудности обучения грамоте детей с патологией речи и других высших психических функций	12	4	16
3.	Нарушения письменной речи: дизграфии и дислексии (первичные и системные нарушения письма и чтения); * виды дизграфий и дислексий; * нарушения письменной речи у детей с врожденными дефектами ЦНС (глухота, слепота, умственная отсталость); * дифференциальная диагностика дизграфий и дислексий; методы обследования и качественный анализ результатов; * лингвистический анализ структуры дефекта письменной речи;	10	14	24

	патогенетические механизмы различных форм дислексии и дизграфии			
4.	Коррекционная работа по преодолению дизграфии и дислексии: * методы работы при оптической дизграфии и дислексии; * методы работы при фонологической дизграфии и дислексии; * методы работы при "орфографической" дизграфии и дислексии; * методы коррекция почерка	12	10	22

Всего 72 часа

## 6. ТЕМА: "ОСНОВЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ И НЕЙРОЛИНГВИСТИКИ"

	Содержание курса	Учебные часы		
		лекции	практические	всего
1.	Современное состояние нейропсихологии	4		4
2.	Учение А.Р. Лурии о высших психических функциях (ВПФ): * различные виды ВПФ и их психологическая структура; * динамическая локализация ВПФ	4	4	8
3.	Диагностика нарушений речевой и других ВПФ: * принципы факторного анализа структуры дефекта; * методы диагностики; * топическая диагностика; * дифференциальные критерии диагностики нарушений речевой и других ВПФ у детей и взрослых	10	8	18
4.	Межполушарная асимметрия мозга: * понятие доминантности и субдоминантности полушарий; * компенсация нарушений ВПФ и проблема леворукости (амбидекстрии); * варианты речевого развития в зависимости от индивидуальных различий мозговой организации ВПФ	8	2	10
5.	Нейропсихологический и нейролингвистический аспекты восстановительного обучения: * принципы системного анализа структуры дефекта; * патогенетический подход к составлению программы восстановительного обучения; * индивидуальные особенности восстановления ВПФ; * принципы и методы логотерапии	18	10	28
6.	Организация работы нейропсихологов в	2	2	4

Всего 72 часа

Руководитель Департамента  
научных и образовательных  
медицинских учреждений  
В.И.СЕРГИЕНКО

Приложение 10

Утверждена  
Приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 28 декабря 1998 г. N 383

**ОРГАНИЗАЦИЯ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СЛУЖБЫ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ  
С ПАТОЛОГИЕЙ РЕЧИ (КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА ЛЕЧЕНИЯ  
И НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ)**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

Нарушения речи и других высших психических функций являются одной из наиболее часто встречающихся форм патологии среди детей, подростков и взрослых. Ими страдают до 12 процентов населения.

Среди дошкольников процент, страдающих нарушениями высших психических функций, в том числе речи достигает 20 - 25. У учащихся 7 - 13 лет 10 - 15. Более чем у 30 процентов детей в раннем возрасте обнаруживаются речевые расстройства различной тяжести (алалия, недоразвитие речи, задержка речевого развития, дизартрия, дислалия, дислексия, заикание и др.). Некоторые из этих расстройств с возрастом компенсируются. Однако, наиболее сложные из них остаются на долгие годы и существенно влияют на жизнедеятельность человека.

Распространенность заикания составляет 15 - 20 на 1000 населения. Широко распространены такие расстройства речи, как афазии и дизартрии, которые являются одними из наиболее тяжелых последствий мозгового инсульта и нейротравмы. Частота инсульта в различных странах варьирует по-разному: в Европе - 2; США - 2,6; Японии - 4,3; в России - 3,5 на тысячу населения (в Москве - 4,5 на 1000). В некоторых регионах с особо неблагоприятными экологическими условиями этот показатель достигает до 10 на тысячу населения.

По далеко неполным данным, в бывшем СССР ежегодно регистрировалось 800000 инсультов, ныне в Российской Федерации примерно 400000.

Кроме того, нельзя не учитывать большую группу больных с черепно-мозговой травмой, в том числе ранениями головы, полученными во время военной службы.

Черепно-мозговая травма также является одной из наиболее частых причин речевых расстройств. В Российской Федерации из общего числа госпитализированных в нейрохирургические отделения - 91,5% больных с черепно-мозговой травмой.

Резко возросшие возможности оперативного вмешательства при опухолях мозга, аневризмах церебральных сосудов и др. позволяют спасти жизнь большому количеству больных. Однако, возникающие у них нарушения речевых и двигательных функций снижают общую эффективность хирургического лечения.

Примерно у 40 - 50 процентов лиц, перенесших инсульт и черепно-мозговую травму, возникают нарушения высших психических функций, в том числе речи, в виде афазий и дизартрий.

Речь является формой передачи мысли средствами языка и основным способом коммуникации. От ее состояния зависит в конечном счете уровень реализации личности. Вне речи невозможно полноценное овладение ни одним видом психической деятельности, включая высшие формы мышления, памяти и поведения в социуме.

Дети с выраженными нарушениями речи и других высших психических функций не могут успешно учиться, усваивать школьную программу, в связи с чем примерно 50 процентов стойко неуспевающих в начальных классах переводится в категорию умственно отсталых.

Лица, страдающие заиканием, лишены возможности нормальной коммуникации с окружающими. Заикание является серьезной помехой для получения образования, при выполнении служебных обязанностей, устройстве семьи, службы в армии. Социальная значимость проблемы заикания определяется также его значительной распространенностью в отдельных регионах России - от 1,5 до 2,2 процентов населения - и особым практическим значением в возрастных группах до 40 лет. Дети до 15 лет, страдающие заиканием, имеют право на инвалидность II или III группы.

Особую клиническую сложность представляют больные с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы при поражениях левого полушария. Из общего числа больных, перенесших инсульт и регистрируемых ежегодно в России, 30 процентов заканчиваются смертью. Из оставшихся в живых 40 процентов пациентов имеют нарушения высших психических функций, в том числе речи, которые, как правило, сочетаются с психическими расстройствами и нарушением движений в правых конечностях, что в большинстве случаев приводит к тяжелой инвалидности, как правило, больные не только теряют трудоспособность, они не в состоянии себя обслуживать, требуют за собой со стороны родственников постоянно надзора и ухода.

Стремительная тенденция "омоложения" и увеличения числа больных с инсультом отмечена во всем мире. Среди лиц с мозговым инсультом - 30 процентов трудоспособного возраста (при соотношении числа мужчин и женщин 3 : 1).

В категорию больных с черепно-мозговой травмой входят пациенты в подавляющем большинстве молодого возраста (до 50 лет - 89 процентов; до 40 лет - 73 процента; старше 60 лет - 3 процента; при соотношении числа мужчин и женщин 8 : 1).

Из числа больных, перенесших инсульт или получивших тяжелую черепно-мозговую травму, 75 - 80 процентов полностью утрачивают трудоспособность и профессиональные навыки. В результате нарушения речи и правостороннего гемипареза больные переводятся на инвалидность I или II группы без рекомендации по трудоустройству. При этом нарушения речи являются важнейшим фактором при определении степени инвалидности. Наряду с неврологической симптоматикой возникают выраженные психические расстройства, связанные с сосудистой общемозговой и очаговой патологией либо являющиеся реакцией на дефект, а также на резко изменившийся социальный статус и положение в семье.

Как правило, больные не только теряют трудоспособность, они не в состоянии себя обслуживать, дезорганизуют жизнь всей семьи, поскольку требуют за собой со стороны родственников постоянно надзора и ухода, отвлекая на себя значительную часть их времени и сил. По предварительным данным в семьях, имеющих больных с очаговыми поражениями головного мозга (нарушения речи и двигательных функций), уход за ними только в 6 процентах случаев осуществляется лицами пенсионного возраста, в остальных -



работающими членами семьи. В 63 процентах случаев члены семьи вынуждены оставить работу: на срок от недели до месяца - 17 процентов, от 1 до 6 месяцев - 25 процентов, полностью оставить работу - 21 процент. Примерно 85 процентов родственников не могут использовать свой очередной отпуск, так как должны находиться с больными.

Таким образом, огромное число указанных больных нуждаются в осуществлении неотложных организационных мер по созданию в Российской Федерации специализированной службы, которая отвечала бы современным требованиям науки и практики.

### Организация специализированной службы

Специализированная помощь больным, страдающим нарушениями речи и других высших психических функций, осуществляется учреждениями здравоохранения и образования.

В системе здравоохранения специализированная помощь оказывается в Российской Федерации примерно в 2000 учреждениях - в неврологических, психоневрологических, восстановительных отделениях больниц, в детских поликлиниках, в поликлиниках для взрослого населения, психоневрологических диспансерах, домах ребенка и некоторых других.

Лечение в основном осуществляется в детских поликлиниках. Сеть учреждений, где может получить помощь взрослое население с тяжелыми расстройствами речи, развивается крайне медленно. Во многих случаях ведется смешанный прием детского и взрослого населения. В системе здравоохранения укомплектованность кадрами специалистов с высшим образованием по России составляет - 43 процента, в Москве - 100 процентов.

В учреждениях здравоохранения и прежде всего в детских поликлиниках помощь, как правило, оказывается пациентам с легкими формами речевых расстройств.

Из детских поликлиник через психолого-медико-педагогические консультации дети направляются в специализированные учреждения системы Министерства образования. В Российской Федерации в системе образования функционируют: 1800 специальных школ (школ-интернатов) для детей с отклонениями в развитии, имеющих "особые образовательные потребности"; детские сады и специализированные группы в обычных детских садах для детей "с проблемами в развитии". В отдельных массовых общеобразовательных школах имеются логопедические пункты, классы для детей с задержкой психического развития, умственно отсталых, с "нарушениями физического состояния". В этих учреждениях обучаются 745 тысяч детей, которым практически не оказывается квалифицированная медицинская помощь, так как врачи территориальных поликлиник, курирующие дошкольные и школьные учреждения системы образования, не имеют достаточной неврологической и психиатрической подготовки. Более того, из 200 тысяч работающих в учреждениях специалистов лишь 8 процентов имеют высшее специальное образование.

Организацию специализированной службы по оказанию помощи детскому и взрослому населению с нарушениями высших психических функций в г. Москве можно считать в настоящее время наиболее эффективной.

Эта служба получила активное развитие в лечебно-профилактических учреждениях г. Москвы начиная с 1968 г. Благодаря систематической работе с исполкомом Моссовета, ныне мэрией г. Москвы, и Комитетом здравоохранения были разработаны основные направления развития мероприятий по улучшению оказания помощи больным с нарушениями высших психических функций и изданы соответствующие распоряжения и приказы. К 1997 году детское население получает помощь в 135 кабинетах при детских поликлиниках, домах ребенка, стационарных отделениях детской психоневрологической больницы № 6, санаториях и др. Эти учреждения полностью укомплектованы

специалистами с высшим специальным образованием.

Решением исполкома Моссовета в 1987 г. организован Московский центр патологии речи, который в 1992 г. преобразован в самостоятельное учреждение "Центр патологии речи и нейрореабилитации". Центр является крупнейшим в России специализированным лечебно-профилактическим учреждением, где осуществляются комплексное лечение и нейрореабилитация взрослого и детского населения с нарушениями речи, в том числе тяжелых больных с последствиями инсультов, черепно-мозговых травм и нейроинфекций, имеющих нарушения высших психических функций с сопутствующими соматическими заболеваниями, расстройствами опорно-двигательного аппарата, психическими нарушениями и др.

В Центре функционируют 11 отделений: консультативно-диагностическое, стационар на 80 коек, стационар на дому, дневной стационар для больных с последствиями инсульта и нейротравм, дневной стационар для больных с логоневрозом, детское, отделения фониатрии, ЛФК и массажа, физиотерапии, функциональной диагностики, организационно-методический отдел. При Центре функционирует специализированная МСЭК.

Штатное расписание Центра позволяет осуществить современный уровень комплексной диагностики, лечения и нейрореабилитации, который обеспечивают врачи разных специальностей (педиатры, неврологи, психиатры, психотерапевты, терапевты), специалисты ЛФК и массажа, медицинские психологи и дефектологи, социальные работники и др.

Центр является клинической, научной и организационной базой Федерального научно-методического центра патологии речи и нейрореабилитации Минздрава России.

Как головное учреждение в Москве Центр возглавляет специализированную службу, организованную в 86 лечебно-профилактических учреждениях: в 28 отделениях неврологических и нейрохирургических стационаров городских больниц, в 40 территориальных поликлиниках и 18 психоневрологических диспансерах. В среднем в эти учреждения ежегодно обращаются 8 - 10 тысяч больных.

Существующая в Москве система оказания специализированной помощи детскому и взрослому населению с нарушениями речи и других высших психических функций позволяет осуществлять ее в лечебно-профилактических учреждениях для детей и взрослых различного типа в зависимости от формы речевого расстройства. Это особенно важно при организации лечения и нейрореабилитации больных с очаговыми поражениями головного мозга, имеющих нарушения высших психических функций в результате перенесенного инсульта и черепно-мозговой травмы.

Вместе с тем, возникает вопрос об участии тех или иных специалистов в проведении медицинских, психологических и педагогических мероприятий. Организатору специализированной службы необходимо определить, какие расстройства речи требуют обязательного комплексного медико-педагогического воздействия и какова степень активности тех или иных мероприятий при их устранении. Например, при устранении дислалии (в условиях детской поликлиники) достаточно активной работы одного логопеда, и только в некоторых случаях необходима консультативная помощь врача-невролога, ЛОР и стоматолога. Лечение же сложных речевых расстройств, таких как задержка речевого развития, алалия, афазия и дизартрия осуществляется в учреждениях различного типа и требует обязательного комплексного медико-педагогического воздействия специалистов разного профиля, включая врачей (психиатра, невролога, терапевта, врача ЛФК, физиотерапевта), психолога, нейропсихолога, логопеда, инструктора по ЛФК, массажиста, социального работника.

Лечение заикания, которое в большинстве случаев является логоневрозом, в организационном отношении представляет не меньшие трудности, так как требует активного участия кроме логопеда, специалиста в области неврозов - психотерапевта, а также невролога, психолога и физиотерапевта. Необходимость в консультативной помощи

со стороны отоларинголога возникает только в исключительных случаях. Организация кабинета для лечения больных с логоневрозом (заиканием) желательна в психоневрологическом диспансере или поликлинике (для амбулаторного лечения). Тяжелые случаи заикания иногда требуют стационарного лечения.

Крайне важен при организации специализированной службы вопрос определения основных аспектов работы и взаимодействия специалистов друг с другом при осуществлении комплексной системы лечения и нейрореабилитации больных с нарушениями речи и других высших психических функций, в котором специалистам принадлежат следующие функции.

Невролог проводит неврологическое обследование. Для уточнения диагноза назначает необходимый объем функциональных обследований. Осуществляет наблюдение за больным в динамике, назначает необходимую фармакотерапию. Дает рекомендации по объему психолого-педагогических нагрузок, исходя из соматического и неврологического статуса больного. Контролирует назначение необходимых процедур, при необходимости вносит нужные коррективы в процесс лечения и нейрореабилитации. Организует необходимые консультации с другими специалистами (офтальмологом, аудиологом, стоматологом, ЛОР-врачом и др.).

Психиатр осуществляет дифференциальную диагностику психического состояния больного, в том числе специфику патологии речи и изменения мнестико-интеллектуальных процессов, проводит динамическое наблюдение за психическим состоянием больного, при показаниях назначает фармакотерапию с учетом объема необходимой логопедической нагрузки и других психолого-педагогических мероприятий.

Врач ЛФК исследует нарушения функций опорно-двигательного аппарата, проводит оценку степени нарушения двигательных функций. Определяет двигательный режим, методику лечебной гимнастики. Назначает курс массажа, указывая область массажа, продолжительность курса, методику, адекватную для конкретного больного. Контролирует проведение процедур - следит за состоянием больного и, в случае необходимости, вносит нужные коррективы в процесс нейрореабилитации.

Нейропсихолог осуществляет исследование высших психических функций, дает заключения о степени нарушения когнитивных и мнестических функций, исследует память, внимание, гностическую, практическую сферу, речь, письмо, счет и др., определяет программы восстановительного и коррекционного обучения. Наблюдает за динамикой восстановления нарушенных функций, проводя повторные нейропсихологические обследования. Участвует в профессиональной ориентации больного и определении нагрузки при логопедических занятиях совместно с врачом и логопедом.

Психолог занимается психодиагностикой, проводит психологическое исследование личности, принимает участие в составлении программы лечения, в том числе психотерапевтического процесса. Проводит индивидуальную, групповую и семейную психотерапию. Определяет объем и содержание социально-психологической реабилитации. Вносит коррективы в реабилитационные программы по мере изменения психического статуса больного.

Логопед проводит логопедическое обследование и на основании его результатов, а также анамнестических данных устанавливает диагноз речевого расстройства с указанием степени выраженности и объема коммуникативных возможностей больного. Совместно с нейропсихологом составляет программу восстановительного или коррекционного обучения. Проводит индивидуальные и групповые занятия, согласуя педагогическую нагрузку с врачами - неврологом, психиатром и терапевтом. Осуществляет некоторые виды патогенетической психотерапии, аутогенной тренировки, сеансы суггестивной терапии в бодрствующем состоянии.

Социальный работник обучает больных навыкам самообслуживания, а также правилам пользования различными вспомогательными техническими средствами и

приспособлениями. Занимается вопросами профориентации, профподготовки, содействует рациональному трудоустройству больных, сохранивших способность к трудовой деятельности. Организует и проводит клубную работу (экскурсии, лекции, беседы, викторины, конкурсы, концерты силами пациентов, сотрудников отделения и артистов, просмотры видеофильмов, семейные вечера и др.). Обязанности социального работника, работающего в специализированной службе помощи больным с патологией речи в целом совпадает с должностными обязанностями социального работника, участвующего в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи ([приложение 5 к Приказу Минздравмедпрома России от 30.10.95 N 294](#)), однако в зависимости от места нахождения подразделения службы они могут видоизменяться. Например, в стационаре на дому, обслуживающем больных, выписавшихся из стационаров после перенесенных инсультов, черепно-мозговых травм, нейроинфекций и не способных обслуживать себя, самостоятельно передвигаться, вступать в контакт с близкими и окружающими людьми, основное внимание социальный работник должен уделять привитию им элементарных санитарно-гигиенических навыков, навыков преодоления ими бытовых проблем, обучению элементам самообслуживания. Социальный работник совместно с врачами, психологами, логопедами разрабатывает индивидуальную реабилитационную программу, проводит индивидуальную и групповую работу с пациентами, направленную на развитие у них навыков общения, улучшение их социальной адаптации, формирование ответственности личности за свое социальное поведение, обследует условия проживания больных и оказывает им необходимую помощь, поддерживая связь с социальными работниками района по месту проживания больного, решает вопросы оформления прописки, наследования, определения в дом-интернат и др., устанавливает контакты по месту учебы или работы пациента, с милицией, домовыми эксплуатационными управлениями, совместно с учреждениями по труду и занятости населения формирует "банк данных" рабочих мест для реализации адекватных условий трудоустройства (в том числе надомной работы) для лиц с патологией речи.

Основой взаимодействия специалистов является комплексная диагностика, согласование лечебных и восстановительно-коррекционных программ, основанных на общей методологии оказания больному помощи в рамках каждого из направлений лечения, коррекции и реабилитации. Это происходит в виде регулярных рабочих обсуждений больных, обходов, клинических конференций, консилиумов и др. В системе образования согласование форм курации детей, нуждающихся в специализированной помощи, осуществляется на совместных разборах и конференциях, организуемых детскими дошкольными, школьными учреждениями и поликлиниками, а также другими медицинскими учреждениями. Особая роль в этой работе принадлежит главным логопедам органов управления здравоохранением и Центром патологии речи и нейрореабилитации.

Специалисты разного профиля, учитывая соматическое, неврологическое, психическое состояние больного, особенности нарушения у него высших психических функций, совместно определяют показания к лечению и нейрореабилитации, объем того или иного ее направления, дозировки нагрузок, обсуждают организационные и методические вопросы.

Врачи, психологи и логопеды могут совмещать в своей работе разные методы исследования, диагностики и терапии при соответствующей подготовке на курсах тематического усовершенствования специалистов по патологии речи и нейрореабилитации.

Нейрореабилитация - один из важнейших разделов медицины и медицинской психологии, который охватывает круг вопросов, связанных с лечением больных, максимальным восстановлением или компенсацией нарушенных у них высших психических функций в результате очаговых поражений головного мозга. Нейрореабилитация больных с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы

отличается от реабилитации в кардиологии, хирургии, травматологии и других областях. Более того, даже в рамках одной нозологической группы сосудистого или травматического генеза клиника расстройств, цели и задачи реабилитации значительно усложняются и требуют специальных методов и организационных мероприятий. Это объясняется тем, что у больных с поражением доминантного полушария мозга нарушается речевая и другие высшие психические функции и, как правило, возникают правосторонние гемипарезы. Кроме того у большинства из них имеют место в той или иной степени выраженные психические расстройства, либо связанные с сосудистой общемозговой или очаговой патологией, либо являющиеся реакцией на дефект, а также на резко изменившийся социальный статус и положение в семье, нарушения речи являются важнейшим ведущим фактором при определении группы инвалидности. Устранение этих последствий невозможно без осуществления системы комплексных медицинских медико-психологических и социальных мероприятий, построенных по индивидуальным восстановительным программам, в рамках которых нейропсихологические и логопедические методы занимают одно из ведущих мест. Высокая эффективность нейрореабилитации может быть обеспечена лишь при соблюдении ряда условий: максимально раннее начало реабилитационных мероприятий, адекватная и синдромальная диагностика; систематический контроль за соматическим, неврологическим и психическим состоянием больного, функцией мозговых структур и высших психических функций; прогноз целесообразности применения тех или иных форм реабилитации, непрерывность, интенсивность; длительность и комплексность реабилитационного процесса; дифференциальная, синдромальная диагностика высших психических функций; адекватное, дифференцированное применение программ восстановительного обучения, соответствующее определенной форме и этапу заболевания, решение социально-психологических, социально-бытовых и трудовых проблем; включение в реабилитационный процесс членов семьи на всех этапах заболевания.

Начало реабилитационных мероприятий осуществляется уже в неврологических и нейрохирургических стационарах по выходе больного из коматозного состояния и восстановлении и стабилизации у него сердечно-сосудистой, дыхательной и других жизненно-важных функций. Наряду с обязательными медицинскими мероприятиями, начинается систематическая работа по восстановлению нарушенных когнитивных функций (внимания, памяти); артикуляционного праксиса. При необходимости используются приемы растормаживания речи, средств невербальной коммуникации и другие логопедические методы в зависимости от состояния высших психических функций и речевых возможностей больного.

Важнейшей задачей работы с пациентами на протяжении всех этапов лечения и нейрореабилитации является создание мотивации и установки на лечение.

После выписки из неврологического или нейрохирургического стационара дальнейшая нейропсихологическая реабилитация осуществляется в различных условиях в зависимости от соматического и физического состояния больного, уровня нарушений речи и других высших психических функций.

Если больной не в состоянии самостоятельно передвигаться, выполнять гигиенические функции - лечение и реабилитация осуществляется в условиях стационара на дому, где обеспечиваются медицинские и медико-педагогические реабилитационные программы под наблюдением невролога, терапевта, психиатра. Особое внимание уделяется восстановлению двигательных функций, навыков самообслуживания и систематической работе по восстановлению речи и других высших психических функций при обязательном участии родственников больного. Реализация индивидуальной нейрореабилитационной программы в условиях стационара на дому дает возможность осуществить непрерывность и интенсивность процесса восстановительного лечения и обучения в течение 3 - 4 месяцев.

По мере улучшения состояния больной направляется для продолжения лечения в

соответствующие подразделения Центра или в специализированные стационарные отделения.

В специализированном стационарном отделении проводится лечение и нейрореабилитация наиболее тяжелого контингента больных с нарушением высших психических функций с сопутствующими сердечно-сосудистыми расстройствами, выраженными в той или иной степени психическими расстройствами, грубыми нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, исключающими возможность самостоятельного передвижения вне стационара. Эти больные нуждаются в постоянном наблюдении кардиолога и психиатра.

В стационаре осуществляется наиболее интенсивный комплекс лечебно-реабилитационных медицинских, медико-психологических, медико-педагогических мероприятий по восстановлению высших психических функций, в том числе речи, общения и коммуникации. Продолжительность лечения пациентов 45 - 90 дней.

Объем необходимых для данного пациента медико-психологических и медико-педагогических мероприятий определяется после его обследования специалистами консультативно-диагностического отделения Центра: терапевтом, неврологом, психиатром, врачом ЛФК, нейропсихологом и логопедом.

Нейропсихологические исследования высших психических функций являются основными для использования в диагностике, формирования индивидуальных восстановительных программ, наблюдения за динамикой реабилитационного процесса. На данных нейропсихологического обследования больных базируется оценка эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий.

Одно из ведущих мест в реабилитационной программе занимают групповые логопедические занятия с использованием следующих методик:

- растормаживание с помощью средств невербальной коммуникации;
- восстановление фразовой речи для больных со средней степенью выраженности речевых расстройств;
- устранение нарушений развернутой фразовой речи;
- восстановление произносительной стороны речи;
- восстановление речи в процессе предметно-практической деятельности.

Дневной стационар, предназначенный для больных, способных к самостоятельному передвижению, является промежуточным звеном между внебольничными учреждениями и стационарным отделением Центра. Основная цель реабилитационных мероприятий в дневном стационаре - восстановление двигательных и речевых функций у больных, а также их бытовая и трудовая реабилитация.

В дневном стационаре используются медикаментозное лечение, психотерапия, физиотерапия, лечебная гимнастика, логопедические занятия и др.

Логопедические занятия проводятся с пациентами как индивидуально, так и в группах. Основным критерием формирования групп служит степень выраженности нарушений высших психических функций:

- группа для больных с нарушениями гнозиса и праксиса;
- группа для больных со средней степенью речевых нарушений;
- группа для больных с легкой степенью речевых нарушений.

Особое место занимает обучение пациентов социальным и трудовым навыкам. Этот вид реабилитации направлен также на восстановление высших психических функций. Трудовая терапия или терапия занятости проводится совместно с логопедом и инструктором по трудовой терапии, что позволяет восстанавливать речь в процессе предметно-практической деятельности. Занятия по бытовой реабилитации в группе помогают пациентам лучше адаптироваться в более сложных ситуациях: на улице, в магазине, транспорте.

Используется также арттерапия, включающая в себя музыкотерапию, психологическую разгрузку, групповое посещение выставок, музеев и др. Арттерапия

направлена на активизацию компенсаторных резервов больного.

В дневном стационаре должна проводиться работа с родственниками больных. Им разъясняется их роль в реабилитации пациентов, проводится семейная терапия, в процессе которой налаживаются внутрисемейные отношения, происходит адаптация больных к условиям жизни. Проводится клубная работа с больными и их родственниками.

Организируются дневные стационары для лечения больных с логоневрозом (заикание, мутизм, афония и др.), с нарушениями общения. Кроме основной группы больных, ежедневно посещающих дневной стационар, предусматривается группа поддерживающей терапии и амбулаторные группы.

В дневной стационаре для лечения больных с логоневрозами проводится курс медицинских, психологических и педагогических мероприятий, включающих групповые и индивидуальные занятия с логопедами, психологами, психотерапевтами (психологическая коррекция, психотерапия, гипнотерапия, аутотренинг), физиотерапию, рефлексотерапию, медикаментозное лечение.

При поступлении в дневной стационар и выписке из него проводится экспертная оценка состояния больных для определения результата лечебных мероприятий.

Продолжительность курса лечения в дневном стационаре до 3 месяцев (из них 1,5 месяца непосредственно в дневной стационаре и 1,5 месяца в амбулаторной группе).

В отделение для лечения детей и подростков направляются пациенты с нарушениями речи и других высших психических функций, страдающие задержками речевого и психического развития, заиканием, афазией, алалией, дизартрией, дислексией, дисграфией, мутизмом и др.

Показаниями для первоочередного направления на лечение являются инициальные формы заикания, афазия.

Медицинские, педагогические и психологические мероприятия состоят из индивидуальных и групповых логотерапевтических и психотерапевтических занятий. Они включают семейную психотерапию, ритмо-музыкотерапию, ЛФК, массаж, медикаментозное лечение и др. Особое внимание уделяется работе с родителями пациентов в плане, активному привлечению их к участию в лечебном процессе.

Периодичность посещений отделения 3 - 5 раз в неделю. Длительность курса лечения - 3 месяца. Поддерживающая терапия осуществляется в процессе динамического наблюдения в течение 3 - 5 месяцев. На время школьных каникул организуется дневной стационар.

Отделение для лечения детей и подростков должно быть укомплектовано врачами (педиатрами, неврологами, психиатрами), логопедами, психологами, музыкальными работниками и средним медицинским персоналом, специально подготовленным для работы с детьми, имеющими нарушения высших психических функций.

Отделение желательно располагать в отдельном помещении, имеющем кабинеты для индивидуальных и групповых занятий, зал для музыкотерапии и др. Оно должно быть оснащено наглядно-дидактическим материалом, необходимым для проведения разного рода коррекционных занятий.

Требуется не только тщательное обследование больного специалистами разного профиля, но при необходимости и проведение таких исследований, как компьютерная томография, ядерно-магнитный резонанс, однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ), ультразвуковое и другие современные методы нейрофизиологического обследования.

Среди методов диагностики сосудистых заболеваний и последствий перенесенных травм головного мозга ОФЭКТ занимает особое место. Оно позволяет визуализировать зону поражения практически без лучевой нагрузки на пациента. Диагностика строится на прямых симптомах, основанных на распределении физиологически тропных препаратов в головном мозге. ОФЭКТ диагностика дает представление о состоянии морфофункциональных церебральных систем, является важным диагностическим

методом оценки мозговой перфузии и регионарного мозгового кровотока. При изменении мозгового кровообращения происходит значительное снижение уровня перфузии мозговой ткани в соответствии с зоной поражения и стадией развития болезни - острой, подострой или хронической, что позволяет проводить динамические исследования в процессе лечения.

Основой комплексной диагностики является использование нейропсихологического метода исследования речи и других высших психических функций, который при сопоставлении с данными ОФЭКТ и другими данными дает информацию о функциональном состоянии ЦНС после перенесенных мозговых инсультов и черепно-мозговых травм, а также возможность определить динамику и эффективность предпринимаемых реабилитационных мер на разных этапах заболевания. Метод является крайне важным при прогностической оценке нейрореабилитации больных с очаговыми поражениями головного мозга.

Разработанная система является наиболее адекватной и оптимальной моделью нейрореабилитации больных с поражением доминантного полушария в результате церебрального инсульта и черепно-мозговой травмы, так как больной с нарушением высших психических функций получает:

- специализированную высококвалифицированную поэтапную помощь в неврологических и нейрохирургических отделениях больниц, стационаре на дому, суточном стационаре, дневном стационаре, поликлинике;
- возможность нейрореабилитации с адекватным использованием дифференцированных медицинских и нейропсихологических методик, соответствующих каждому этапу лечения и реабилитации, объединенных общей программой восстановления высших психических функций, включая речь;
- возможность в течение длительного времени находиться под наблюдением специалистов.

#### Рекомендации по созданию специализированной службы

Существующая сеть логопедических кабинетов в учреждениях здравоохранения главным образом направлена на обслуживание детского населения. Число учреждений для лечения подростков и взрослых с заиканием, афазиями, дизартриями и другими расстройствами речи не соответствует реальным потребностям в ней населения. Анализ деятельности логопедических кабинетов, поликлиник и психоневрологических диспансеров в крупных городах страны показывает, что работа детских поликлиник также не организована соответствующим образом. В частности не уделяется должного внимания профилактике и выявлению речевых расстройств. Педиатры, психиатры и логопеды не принимают в этой работе активного участия. Не выделяются группы риска. Не проводится ранняя диагностика. Несвоевременно осуществляется лечение детей с патологией речи, особенно с задержками общего и речевого развития, а также с заиканием, что приводит к хроническому течению заболевания.

Реализация даже наиболее простого комплекса (логопед + психиатр или логопед + невролог) не осуществляется. Устранение речевых расстройств проводится, как правило, одним логопедом, который в лучшем случае пользуется однократной консультацией с врачом, обычно не знакомым с речевой патологией. Такое одностороннее воздействие на больных нередко приводит к неудаче при попытке устранения сложных дефектов речи.

Специализированная служба помощи больным с патологией речи должна обеспечить:

- планомерное лечение больных с нарушением коммуникации и общения, расстройств голоса, сопутствующих соматических заболеваний и нарушений двигательных функций;
- диагностику и определение оптимального объема медицинских, психологических и



педагогических мероприятий, индивидуальный подбор адекватных лечебно-восстановительных программ, проведение курсового лечения;

- индивидуальные и групповые логопедические занятия, психотерапию и психокоррекцию, лечебную физкультуру, массаж, ритмо-, музыкотерапию, занятия по социально-бытовой и социально-трудовой адаптации и реабилитации;

- преемственность в работе ее подразделений в целях обеспечения единых концептуальных подходов к проблемам патологии речи и нейрореабилитации, поэтапное восстановительное лечение больных;

- использование новых способов и методов лечения, коррекции, а также диагностической и лечебной аппаратуры, учебных аудио -, кино- и видеопрограмм;

- осуществление комплексных мероприятий по трудовой экспертизе и профориентации;

- направление специалистов в области патологии речи и нейрореабилитации на циклы тематического усовершенствования, проводимые в Федеральном Центре патологии речи и нейрореабилитации;

- участие специалистов в научно-практических конференциях по вопросам патологии речи и нейрореабилитации.

Как правило, наибольшая активность в деле организации логопедической помощи принадлежит логопедам и поэтому не следует возлагать руководство специалистами подразделений только на врача. Возглавлять эту работу должен наиболее квалифицированный в области речевой терапии специалист, обладающий организаторскими способностями.

На первых этапах работы по созданию специализированной службы в регионе необходимо организовать сеть логопедических отделений или кабинетов, подготовить кадры специалистов для работы с детским и взрослым населением по восстановлению речевых функций при афазиях и дизартриях, заикании и других расстройствах речи; создать организационно-методический центр.

Наиболее эффективной является следующая структура специализированной службы:

- Логопедические кабинеты в неврологических и нейрохирургических отделениях стационаров, территориальных поликлиниках, психоневрологических диспансерах.

- Стационарные специализированные отделения патологии речи и нейрореабилитации в крупных лечебно-профилактических учреждениях.

- Стационары на дому.

- Дневные стационары.

- Центры патологии речи и нейрореабилитации.

Руководитель Департамента  
организации медицинской  
помощи населению  
А.А.КАРПЕЕВ

Приложение 11

Утверждены  
Приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 28 декабря 1998 г. N 383

**НОРМЫ  
НАГРУЗКИ ЛОГОПЕДОВ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Расчетные нормы нагрузки логопедов устанавливаются:

1. Для взрослых пациентов:

1.1. При индивидуальной работе с больными, имеющими тяжелые расстройства (афазии, дизартрии, дислексии, дисграфии, логоневрозы, дисфонии и др.) - 1,5 посещения в час.

При работе с больными на дому - 1 посещение в час.

1.2. При проведении групповых логопедических занятий с больными с афазией, дизартрией, дислексией, дисграфией, дисфонией - 6 - 8 посещений в час, с больными, страдающими логоневрозом (заикание и др.) - 8 - 10 посещений в 1,5 часа.

2. Для детей:

2.1. При индивидуальной работе (включая обследование и консультацию) при тяжелых расстройствах (алалия, общее недоразвитие речи, афазии, дизартрии, дислексии, дисграфии, заикание, мутизм, ринолалия и др.) - 1,5 посещения в час.

2.2. При индивидуальной работе при легких нарушениях речи (дислалия и др.) - 4 посещения в час.

2.3. При проведении групповых логопедических занятий с больными с тяжелыми расстройствами речи - 6 - 8 посещений в час, с пациентами с легкими расстройствами речи - 8 - 10 посещений в 1 час.

Руководитель Департамента  
организации медицинской  
помощи населению  
А.А.КАРПЕЕВ

Приложение 12

Утверждены  
Приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 28 декабря 1998 г. N 383

**НОРМЫ  
НАГРУЗКИ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ УЧРЕЖДЕНИЙ И ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ  
И ДРУГИХ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ**

Расчетная норма нагрузки врача-психиатра устанавливается - 1 посещение в час.

Руководитель Департамента  
организации медицинской  
помощи населению  
А.А.КАРПЕЕВ