

## Организационные аспекты реабилитационной помощи пациентам с травматической болезнью спинного мозга

*Хайбуллина З.Р.*

### Organizational aspects of rehabilitative care for patients with traumatic disease of the spinal cord

*Khaibullina Z.R.*

МБУЗ «Клиническая больница № 1», г. Стерлитамак

© Хайбуллина З.Р.

Предложены организационные аспекты реабилитационной помощи пациентам с травматической болезнью спинного мозга. Целью исследования явилось изучение организации оказания восстановительного лечения спинальных больных. Выделены этапы реабилитационной помощи: полноценная консервативная терапия, восстановление, улучшение или компенсация утраченных функций, восстановление бытовой активности, восстановление социальной активности. Правильно поставленная организация реабилитационной помощи позволяет проходить пациентам полноценную реабилитацию, что значительно улучшает результаты лечения этой тяжелой патологии.

**Ключевые слова:** организация реабилитационной помощи, травматическая болезнь спинного мозга, позвоночно-спинномозговая травма.

Proposed organizational aspects of rehabilitative care for patients with traumatic disease of the spinal cord. Aim was to study the organization providing rehabilitation of spinal patients. Identified the following stages of rehabilitation services: a full-fledged conservative therapy, rehabilitation, improvement or compensation for lost functions, the restoration of household activity, the restoration of social activity. Properly set the organization of rehabilitation services, allows patients to our clinic undergo a complete rehabilitation, which greatly improved the results of treatment of this severe pathology.

**Key words:** organization of rehabilitation services, traumatic disease of the spinal cord, spinal-spinal trauma.

УДК 616.832-001-036.82/.838-039.71/.76

Сведения о количестве больных с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ) противоречивы, что обусловлено стремительным ростом травматизма и удельного веса спинальной травмы. А.В. Лившиц считает, что позвоночно-спинномозговые травмы (ПСМТ) составляют от 0,7 до 4,0% всех травм [7]. М.М. Косичкин и соавт. указывают, что в 1980-е гг. частота осложненных травм позвоночника составляла 6—7% [3, 4]. По сведениям М.М. Косичкина, ежегодно становятся инвалидами более 8 тыс. больных с ТБСМ, что составляет 547 человек на 10 млн населения. Естественно, число получивших травму намного больше, чем количество ставших инвалидами. Так как только госпитальная смертность в раннем периоде травмы, по данным М.Г. Дралюк и соавт., составляет порядка 16,3% [5], в 1999 г. ПСМТ получили не менее 654 человек на 10 млн населения, что выше данных О.Г. Когана (1975) в 4,4—6,5 раза [5, 6].

Таким образом, наблюдается рост спинального травматизма более чем в 200 раз за 70-летний период. Состояние спинного мозга является ключевым, но не единственным моментом, определяющим прогноз при спинальной травме. Возможность восстановления утраченных функций неоднократно доказана [1, 2, 4, 8].

Однако в оценке реабилитационного потенциала спинальных пациентов преобладает пессимистическая точка зрения, которую Н.В. Богданов определяет как терапевтический скепсис. Скепсису способствуют тяжесть возникающих двигательных нарушений и не до конца отработанные организационные вопросы поэтапной реабилитации этой категории больных.

Цель исследования — изучить организационные аспекты реабилитационной помощи для улучшения качества оказания помощи пациентам с травматической болезнью спинного мозга.

На основании анализа работы ведущих реабилитационных центров России и собственного опыта сделана попытка обобщить организационные аспекты реабилитационной помощи пациентам с повреждением спинного мозга.

Основой реабилитации инвалидов с тяжелыми неврологическими нарушениями является улучшение качества их жизни и создание условий для максимальной их независимости от окружающих.

В остром периоде ПСМТ все мероприятия направлены на спасение жизни больного и предупреждение усугубления повреждения содержимого позвоночного канала. Принимаются меры профилактики дальнейшего травмирования спинного мозга. Для предотвращения вторичных смещений в позвоночнике транспортиров-

ку пострадавших с ПСМТ необходимо осуществлять только на жестких носилках, в положении больного на спине. При перекладывании или выполнении диагностических исследований перемещение пациента следует производить осторожно, с исключением сгибания, разгибания, ротации и боковых смещений позвоночника. К перемещению пациента должно быть привлечено не менее 4 человек обслуживающего персонала.

Следует выделять четыре этапа реабилитационной помощи:

1. Полноценная консервативная терапия.
2. Восстановление, улучшение или компенсация утраченных функций.
3. Восстановление бытовой активности.
4. Восстановление социальной активности.

На первом этапе проблемы, связанные с острым периодом травмы, должны решаться в специализированном нейрохирургическом отделении в первые часы после травмы. Реабилитационные мероприятия в этот период направлены на предотвращение развития осложнений. Обычно данный этап продолжается до момента выхода больного из состояния спинального шока, в среднем от нескольких недель до 1—2 мес [1]. Интенсивная терапия в остром периоде ПСМТ направлена на поддержание функции жизненно важных органов. Обязательным является поддержание артериального давления на уровне нормальных значений, так как гипотензия приводит к усугублению нарушений спинального кровообращения в зоне повреждения. И только на этом фоне проводится лечение отека спинного мозга: назначаются диуретики, обеспечивающие фор-

сированный диурез (фуросемид), уменьшающие образование цереброспинальной жидкости (диакарб), регулирующие электролитный обмен (верошпирон). В первые 8 ч после травмы показано применение метилпреднизолона в высоких дозах [2, 9]. Вводятся также реологически активные препараты, поддерживающие гематокрит на уровне 33—35%, ноотропы. В первые 4—6 ч после травмы может быть эффективна локальная гипотермия спинного мозга, которая проводится во время операции. При травматическом шоке для поддержания объема циркулирующей крови вводят низко- и высокомолекулярные декстраны, плазму, кровь в объеме до 800—1 200 мл. Нельзя допускать гиповолемии, усугубляющей расстройства кровообращения, поэтому больной должен получать не менее 2,5 л жидкости в день и столько же выделять.

Второй этап реабилитации является основным. От правильности и адекватности его проведения во многом зависит дальнейшая жизнь больного. Этап начинается после стабилизации состояния больного и может продолжаться до 2—3 мес. Проводится физиотерапевтом, психологом, методистом по лечебной физкультуре, специалистом по социальной и трудовой адаптации. Руководство осуществляется врачом-реабилитологом. В тесном контакте с ним работают нейрохирург, ортопед, уролог и другие специалисты. На этом этапе работа должна проводиться не только с больным, но и с его родственниками, которые в будущем будут помогать ему дома. Нами была предложена специальная программа: «Обучение пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой и их родственников», состоящая из цикла бесед с лечащим врачом и ответами на вопросы, задаваемые самим пациентом и его родственниками. Их обучали правилам ухода за больным, оказанию первой помощи при экстренных ситуациях. У реабилитированных по данной программе возникало осознание необходимости восстановления или поддержания функции того или иного органа, что очень способствовало лечению. Пациенты оптимистично настроивались, у них развивалось собственное волевое стремление к выздоровлению, инициатива, максимально возможная самостоятельность в быту и ответственность за свои действия.

Задачей третьего этапа реабилитации является восстановление нарушенных функций спинного мозга и обучение больного навыкам самообслуживания. На этом этапе проводится интенсивная физическая реабилитация.

литация, направленная на восстановление двигательной активности больного и функций внутренних органов. Больной учится пользоваться коляской, предметами быта, обучается навыкам ходьбы и контроля за функцией тазовых органов. С этой целью используется лечебная гимнастика, проводится стимуляция спинного мозга, мышц мочевого пузыря и прямой кишки. В клинике разработан комплекс методических подходов к проведению реабилитации пациентов с нарушенной функцией тазовых органов в зависимости от гипер- и гипотонической формы нейрогенных расстройств.

Периодически проводятся курсы физической активизации в стационарном и амбулаторном режимах, контролируются показатели деятельности внутренних органов. Амбулаторно за больным ведется динамическое наблюдение специалистами клиники. Предложена методика трехэтапной физической реабилитации инвалидов в позднем периоде ТБСМ, которая позволяет оптимально использовать средства физической культуры для возможного восстановления утраченных функций опоры и передвижения, способствует приобретению стойких навыков самостоятельных занятий больного в последующие периоды его жизни.

Четвертый этап реабилитации заключается в компенсации утраченных функций, трудовой, социальной адаптации и даже в некоторых случаях занятиях инвалидным спортом. Этот этап является продолжением третьего или начинается в разные сроки после травмы. Длиться он может всю оставшуюся жизнь больного. Особенностью четвертого этапа является то, что в нем участвуют работники социальной сферы и сами инвалиды.

Правильно поставленная организация реабилитационной помощи больным с травматической болезнью спинного мозга уже на протяжении многих лет позволяет пациентам проходить полноценную реабилитацию, что значительно улучшает результаты лечения этой тяжелой патологии.

## Выводы

1. Реабилитационные мероприятия должны проводиться последовательно, каждый новый этап должен быть подготовлен предыдущим.

2. От своевременности и качества реабилитационных мероприятий в остром периоде во многом зависит дальнейший прогноз восстановления функций организма.

3. Правильно проведенная реабилитация больного с повреждением спинного мозга позволяет не только вернуть его к активной жизни, но и значительно улучшить ее качество.

4. Предложенные организационные аспекты реабилитационной помощи пациентам с травматической болезнью спинного мозга позволяют им пройти полноценную реабилитацию, что значительно улучшает результаты лечения данной категории больных.

## Литература

1. Басков А.В. и др. Основы реабилитации больных с повреждением спинного мозга // Материалы III съезда нейрохирургов России. СПб., 4—8 июня 2002. СПб., 2002. С. 186.
2. Белова А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. М., 2000. Ч. 1—5. С. 1—56.
3. Косичкин М.М. Социально-гигиенические проблемы инвалидности вследствие поражения нервной системы, перспективы и пути развития медико-социальной экспертизы и реабилитации: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1996. 26 с.
4. Косичкин М.М., Гришина Л.П. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. М., 1998. № 1. С. 34—37.
5. Леонтьев М.А. Лечение и реабилитация пациентов с травматической болезнью спинного мозга // Реабилитация инвалидов с нарушением функций опоры и движения / под ред. Л.В. Сытина, Г.К. Золоева, Е.М. Васильченко. Новосибирск, 2003. С. 299—335.
6. Леонтьев М.А. Хирургическая коррекция патологии стопы в комплексе двигательной реабилитации у пациентов с нижней параплегией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новокузнецк, 2003. 24 с.
7. Лифшиц А.В. Нарушение тазовых функций при позвоночно-спинномозговой травме // Нейротравматология / под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова. М.: Вазар-Ферро, 1994. С. 289—292.
8. Потехин Л.Д., Жданов В.Н. «Качество жизни» — комплексный показатель социального положения инвалидов // Реабилитация инвалидов с нарушением двигательных функций: тез. докл. респуб. конф. Ч. 1. Новокузнецк, 1991. С. 38—40.
9. Bracken M., Shepard M., Collins W. et al. Methylprednisolone or naloxone treatment after acute spinal cord injury: 1 year follow-up data // J. Neurosurg. 1992. № 76. P. 23—31.

Поступила в редакцию 08.12.2009 г.

Утверждена к печати 17.03.2010 г.

Сведения об авторах

*Хайбуллина З.Р.*

*Организационные аспекты реабилитационной помощи пациентам с ТБСМ*

*З.Р. Хайбуллина* — канд. мед. наук, врач-нейрохирург нейрохирургического отделения МБУЗ «Клиническая больница № 1» (г. Стерлитамак).

**Для корреспонденции**

*Хайбуллина Зульфия Рашитовна*, тел. 8-917-406-7048, e-mail: med2448@rambler.ru