

А.М. Садыков, А.Б. Калиев, Ч.С.Шашкин, Ф.А. Кайржанова

РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

АО «Республиканский научный центр нейрохирургии», г. Астана

This article describes the experience of early rehabilitation and contraindications for early rehabilitation in patients with severe trauma of the central nervous system. The data shows a direct correlation between early onset of rehabilitation, more attention to exercise therapy and physiotherapy. With a combination of complex rehabilitation measures possible to achieve a better quality of life of patients who have had severe brain and spinal injuries. Early beginning of rehabilitation is an integral part of treatment for patients with severe trauma of central nervous system, which should involve various specialists.

Введение

Проблема реабилитации пациентов с тяжелой травмой центральной нервной системы приобретает все большую актуальность в связи с нарастанием травматизма [7, 8]. В настоящее время, в связи модернизацией нейрохирургического и анестезиологического оборудования, ростом опыта нейрохирургов, пациентов с тяжелой травмой центральной нервной системы удается спасти, однако качество жизни таких пациентов резко снижается [1, 3, 4, 5, 6]. Это представляет огромную социальную и медицинскую проблему. По данным статистики, только в США ежегодно регистрируется 1,6 млн. пострадавших, из них 800 000 обращаются в службу спасения и другие амбулаторные службы, около 270 000 госпитализируется [10-13]. Каждый год от 70 000 до 90 000 пострадавших остаются с разной степенью инвалидизации [13, 15]. Затраты на восстановление здоровья, утраченного вследствие ЧМТ, оцениваются в сумму около 35 миллиардов долларов ежегодно [9, 12]. Суммарные потери общества от утраты трудоспособности и затраты на обеспечение медицинской помощи составляют около 100 миллиардов долларов в год [2, 9]. Таким образом, ранняя реабилитация играет огромную роль в комплексном лечении. Доказана корреляция между ранним началом реабилитационных мероприятий и результатом [19].

Материалы и методы исследования

Проведен анализ 176 пациентов с тяжелой травмой центральной нервной системы, находившихся на лечении в АО РНЦНХ в 2010 г.

Из общего числа, 10 пациентов поступали в крайне тяжелом состоянии, по шкале комы Глазго менее 4-5 баллов, с нарушением витальных функций. Все были прооперированы в экстренном порядке, но, несмотря на проведенный комплекс

мероприятий, пациенты погибли в отделении интенсивной терапии на 1-2 сутки.

Из числа пациентов с тяжелой цервикальной травмой умерло двое пациентов, поступавших с клиникой сдавления и тяжелого ушиба спинного мозга, бульбарными расстройствами, нарушением сердечной и дыхательной деятельности.

Начало реабилитационных процедур уже в острый период тяжелой черепно-мозговой травмы способно существенно улучшить качество восстановления высших психических функций (ВПФ), и в итоге качество жизни выздоравливающего человека. Проведение реабилитации связано с изменением структуры комплексного подхода к больному со стороны медицинского персонала и других специалистов.

Методами нейрореабилитации в нашей клинике являются физиотерапевтические процедуры, лечебная физкультура, восстановительно-обучающие программы, психостимулирующие методы, лечебное питание.



Реабилитационные комплексы в этих случаях направлены на устранение двигательных, статокординаторных нарушений, поражений функции черепных и периферических нервов, бульбарных расстройств, нарушений памяти и речи, нарушений функции тазовых органов, болевых синдромов.

Противопоказаниями к ранней реабилитации следует считать наличие: 1) выраженной общемозговой симптоматики и нарушений гемодинамики; 2) гипертермии; 3) осложнения, обусловленные оперативным вмешательством; 4) высокой степени риска повторной острой сосудистой церебральной катастрофы; 5) выраженных нарушений психического статуса больных; 7) тяжелой соматической патологии. В этих случаях лечение сводится к обычному послеоперационному ведению больного.

Клиническая картина

В послеоперационном периоде на фоне проведения интенсивной медикаментозной терапии и нормализации жизненно важных функций, ранняя реабилитация начинается уже в отделении реанимации и интенсивной терапии. Проводится коррекция основного обмена, путем назначения индивидуальных диет, с учетом результатов лабораторных исследований, состояния больного и антропометрических параметров. Как можно раньше начинают медикаментозную стимуляцию желудочно-кишечного тракта с применением энтерального питания. Начинают с энтерального введения глюкозо-солевых смесей с последующим переходом на сбалансированные смеси. К третьим суткам пациент получает 2000-4000 ккал/сут и 1,5-2 г/кг массы тела белка в сутки. Это позволяет в 2-3 раза снизить число желудочно-кишечных кровотечений, что является мерой профилактики вторичной ишемии мозга, предупреждает развитие белково-энергетической недостаточности и ускоряет реабилитацию больных.

Специально обученный медицинский персонал с целью ранней профилактики спастичности и контрактур начинает выполнять активные и пассивные движения в конечностях, сгибание и разгибание в крупных суставах. Так же проводится массаж конечностей, вибрационный массаж для улучшения дренажной функции бронхо-легочной системы, переворачивание через каждые 60-90 минут.

Основными критериями начала реабилитации после перевода больного из отделения интенсивной терапии являются, уровень сознания 10-11 баллов и выше, стабильные витальные функции. После перевода в профильное отделение пациент осматривается врачом физиотерапевтом, лечебной физической культуры и врачом лечебной диеты.

Эффективность применения физиотерапевтических методов лечения зависит от правильного выбора необходимого раздражителя с учетом

состояния больного, общей реактивности организма, активности процесса или выраженности отдельных его симптомов, сопутствующих заболеваний, площади и локализации раздражаемой зоны, интенсивности и длительности воздействия и т.д.

Часто целесообразным бывает сочетание ряда физических методов, дополняющих друг друга. Однако положительный эффект наступает лишь при оптимальных дозировках и сочетаниях суммарного раздражителя. Необходимо помнить о возможном обострении основного или сопутствующего заболевания, ухудшении или нарушении функции сердечнососудистой, дыхательной, нервной и других систем.

В условиях отделения физиотерапии, либо если это возможно в палате проводятся следующие физиотерапевтические процедуры:

- электростимуляцию различных групп мышц - глазодвигательных, мимических, глоточных (как внутривнутренно, так и чрезкожно), мышц конечностей и туловища, мочевого пузыря и кишечника при нарушении их функции;

- электрофорез с различными препаратами и по различным методикам: транскраниально, трансorbitально, трансаурально, трансназально; на воротниковую зону, грудную клетку, область рубца (электроэлиминация);

- гальванизация или воздействием ультразвуком;

- дарсонвализацию, ультразвук, индуктотермию, УВЧ, магнитотерапию, внутривенное или чрезкожное лазерное облучение крови;

- магнитотерапия.

Целесообразно назначение комбинированных физиотерапевтических процедур, потенцирующих друг друга. Например, предварительное озвучивание глазодвигательных, мимических мышц ультразвуком перед их электростимуляцией.

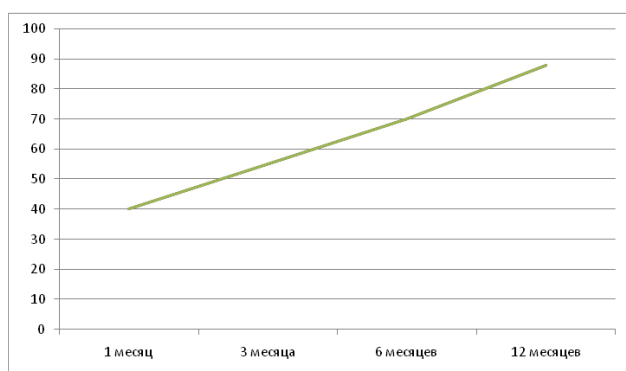
Особое значение имеет раннее начало лечебной физкультуры и массажа которые, проводятся с целью профилактики контрактур, остеопороза, борьбы с гипоксией, обеспечения дополнительной афферентной импульсации в очаге поражения, улучшения периферической и центральной гемодинамики, функций сердечнососудистой и дыхательной систем, трофики тканей. Применение различных видов ортезов в раннем периоде способствует формированию нормальной походки и ранней профилактики осложнений.

Наблюдение пациентов после выписки показывает, что 92 пациентам перенесшим тяжелую черепно-мозговую травму удалось социально адаптироваться. Последствия были представлены вегето-сосудистой дистонией, незначительными

головными болями, психологическими отклонениями. У 43 пациентов парезы и параличи различной степени тяжести разрешились в условиях отделения, в среднем сила конечностей составила 4 балла. Несмотря на проводимый комплекс мероприятий, 2 пациентов перешли в вегетативное состояние, средний койко-день составил 75 дней. При наблюдении через 6 месяцев отмечался частичный выход из вегетативного состояния в виде самостоятельного глотания, более осмысленного взгляда, фиксации взора на предметах.

Так же нами прослежен отдаленный период тяжелой травмы центральной нервной системы у данных пациентов при помощи шкалы Бартеля.

Динамика исходов тяжелой черепно-мозговой травмы в течении 12 месяцев с помощью шкалы Бартеля.



Из полученной диаграммы видно, что на фоне проводимого комплекса реабилитационных мероприятий наиболее быстрое улучшение состо-

яния происходит в промежутке от шести до десяти месяцев.

Неотъемлемой частью реабилитационной программы являются занятия с психологом. Наш центр оснащен специально оборудованной сенсорной комнатой, где пациенты находятся в комфортных условиях, проводится воздействие с помощью приятных оттенков цветов, музыки, звуков, окружающих предметов логопедом.

Логопедом проводятся занятия по коррекции речи, с помощью различных компьютерных программ, проводится музыкальная терапия, когда пациент поет наиболее любимые песни, чаще из детства. Кроме того, выполняются занятия направленные на разработку мимической мускулатуры, стимуляция глоточных рефлексов.

Заключение

Результаты литературных и наших данных показывают прямую зависимость между ранним началом реабилитации, большим вниманием к лечебной физкультуре и физиотерапии, и положительным эффектом лечения. С помощью комбинации комплекса реабилитационных мероприятий возможно достижение улучшения качества жизни пациентов, перенесших тяжелую черепно-мозговую и спинальную травмы. Начало ранней реабилитации является неотъемлемой частью лечения пациентов с тяжелыми повреждениями центральной нервной системы, которое должно проводиться с участием специалистов различного профиля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белова А. Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. 2-е изд. перераб. и доп. – М.: Антидор, 2002 г. – 736 с.
2. Гольдблат Ю.В. Медико-социальная реабилитация в неврологии. – СПб.: Политехника, 2006. – 607 с.
3. Камаева О.В., Полина Монро, Буракова З.Ф. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. / Под ред. А.А. Скоромца. – СПб., 2003г. – 34 с.
4. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Том II. / Под ред. Коновалова А.Н., Лихтермана Л.Б., Потапова А.А.; Москва «Антидор», 1998. – 675 с.
5. Макаров А.Ю. Последствия черепно-мозговой травмы и их классификация // Неврологический журнал. – 2001. – №2. – С. 38-41.
6. Одинак М.М. Неврологические осложнения черепно-мозговой травмы: Автореф. дис. д-ра мед. наук. – СПб., 1995. – 44 с.
7. Реабилитация неврологических больных / Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шапаронова Н.В. – М.: МЕДпресс-информ, 2008 – 560 с.: ил.
8. Штульман Д.Р., Левин О.С. Черепно-мозговая травма / В кн.: 2002; Штульман Д.Р., Левин О.С. «Неврология. Справочник практического врача». – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – С. 526-546.
9. Юнусов Ф.А. Гайгер Г., Микус Э. Манувальд О. Организация медико-социальной реабилитации за рубежом // Общероссийский общественный фонд «Социальное развитие России», М., 2008. – 332 с.
10. Cassvan A., Ross P.L., Dyer P.R., Zane L. Lateration in stroke syndromes as a factor in ambulation. Arch. Phys. Med. Rehabil. 1976; 57: 583-587.
11. Chesnut R.N., Carney N., Maynard H. et al. Rehabilitation for Traumatic Brain Injury. Rockville, ANCPH Publication No 99-E006, february 1999. 7
12. Chua K.S., Ng Y.G., Bok C.W.A. Brief review of

- traumatic brain injury rehabilitation // Ann Acad. Med. Singapore/- 2007. – Vol. 36 (Suppl. 1)/ – P. 31-42.
13. Comper P., Bisschop S.M., Carnide N., Tricco A. A systematic review of treatments for mild traumatic brain injury // Brain Inj. – 2005. – Vol. 19. – P. 863-880.
 14. Neurological rehabilitation / [edited by] Darcy Umphred, 2007. – 1255 p.
 15. Khan F., Baguley I.J., Cameron I.D. Rehabilitation after traumatic brain injury // Med. J. – 2003. Vol. 178. – P. 290-295.
 16. Physical Management in Neurological Rehabilitation / [edited by] Maria Stokes, 2004. – 554 p.
 17. Functional rehabilitation in neurosurgery and neurotraumatology. Acta neurochirurgica supplement 79.2002 year.
 18. Re-engineering of the damaged brain and spinal cord. Evidence based neurorehabilitation. Acta neurochirurgica supplement 93. 2005 year.
 19. Important factors for the outcome of stroke rehabilitation. (Mauritz 2001)

ТҰЖЫРЫМ

Осы мақалада орталық жүйке жүйесінің ауыр жарақатын алған пациенттерді оңалту және ерте оңалту қарсы көрсетілімдер туралы сиппталған. Физиотерапия және емдік дене шынықтыруға көп көңіл бөлінеді, осы мақалада берілгендер ерте басталған оңалтудың арасындағы тура тәуелділікті көрсетеді. Оңалту іс шараларының

құрамдастырылған жиынтығының көмегімен ауыр бассүйек - ми және жұлын жарақаттарын алған науқастар өмірінің сапасын арттыру мүмкіндігі бар. Орталық жүйке жүйесі ауыр жарақатталған науқастар үшін әр түрлі бейіндегі мамандармен бірге ерте оңалтуды бастау өте маңызды деп есептеледі.

РЕЗЮМЕ

В данной статье описан опыт ранней реабилитации и противопоказания к ранней реабилитации у пациентов с тяжелой травмой центральной нервной системы. Данные показывают прямую зависимость между ранним началом реабилитации, занятиями лечебной физкультурой и более полным восстановлением пациента. С помощью комбинации комплекса реабилитационных мероп-

приятий возможно достижение улучшения качества жизни пациентов перенесших тяжелую черепно-мозговую и спинальную травмы. Начало ранней реабилитации является неотъемлемой частью лечения пациентов с тяжелыми повреждениями центральной нервной системы, которое должно проводиться с участием специалистов различного профиля.