

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ЗАКРЫТОЙ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ПОЯСНИЧНОГО УРОВНЯ

Редковец Т.Г., Василенко М.Н., Али Смади

Национальный университет физического воспитания и спорта Украины

Аннотация. В статье проведен анализ современных представлений о восстановительной терапии и физической реабилитации лиц с закрытой спинномозговой травмой поясничного уровня. Вопрос реабилитации таких больных до настоящего времени является дискуссионным. Представлены различные подходы к периодизации, планированию видов реабилитации (медицинской, социальной, психологической и физической). Высказывается мнение о разнонаправленности применяемых средств реабилитации и необходимости их обоснования в рамках системного подхода.

Ключевые слова: реабилитация, этапы, тактика, спинномозговая травма, эффективность, специфичность.

Анотація. Рідковець Т.Г., Василенко М.М., Алі Смаді. Сучасні уявлення про відновлювальну терапію і фізичну реабілітацію осіб із закритою хребцево-спинномозковою травмою поперекового рівня. В статті наведено аналіз сучасних уявлень про відновлювальну терапію і фізичну реабілітацію осіб із закритою спинномозковою травмою поперекового рівня. Питання реабілітації таких хворих на сучасному етапі є дискусійним. Представлені різні підходи до періодизації, планування видів реабілітації (медичної, соціальної, психологічної та фізичної). Висловлюється думка про різнобічність засобів реабілітації, які застосовуються та про необхідність їх обґрунтування в рамках системного підходу.

Ключові слова: реабілітація, етапи, тактика, спинномозкова травма, ефективність, специфічність.

Annotation. Redkovets T.G., Vasilenko M.N., Ali Smadi. State-of-the-art introductions about regenerative therapy and a physical aftertreatment of faces with an enclosed spinal cord trauma of a lumbar level. The modern beliefs about reconstruction therapy and physical rehabilitation of persons who has locked spinal cord trauma of lumbar level. The article consists of an analysis of modern beliefs about reconstruction therapy and physical rehabilitation of persons who has locked spinal cord trauma of lumbar level. These questions are still under discussion. The article gives some different approaches for therapy periods and planning of other rehabilitations types (medical, social, psychological and physical). Also the article gives an opinion about different ways of applicable facilities for rehabilitation and needs of their motivation within the framework of system approach.

Keywords. rehabilitation, stages, tactics, spinal cord trauma, efficiency, specificity.

Введение.

Позвоночно-спинномозговые травмы относятся к наиболее тяжелым травмам опорно-двигательной системы. В комплекс мероприятий, направленных на восстановление пациентов с закрытыми позвоночно-спинальными травмами поясничного уровня, кроме медицинских воздействий (медикаментозного хирургического лечения), большая роль отводится социальной, профессиональной и физической реабилитации (лечебной физкультуре, массажу, рефлексотерапии, физиотерапии и т.п.)

До настоящего времени отсутствует единое мнение по кардинальным вопросам тактики в лечении закрытых повреждений позвоночника и спинного мозга, что дезориентирует практических врачей и подчас отрицательно сказывается на лечении пострадавших (Гребенюк 1965). А применение множества эффективных лечебно-диагностических приемов и методов без учета вида повреждений, приводят к негативному результату (Хвисюк Н. И., Хвисюк А. Н., 2002).

Успешному восстановлению состояния здоровья лиц перенесших позвоночно-спинномозговую травму могут способствовать как разработка новых, так и усовершенствование известных способов оперативного консервативного лечения, включая разработку программ физической реабилитации (Сташкевич, 1998).

Исследование проведено согласно плану НИР № 4.1.3 «Теоретико-методические основы физической реабилитации при патологии позвоночника».

Формулирование целей работы

Цель исследования – исследовать состояние вопроса физической реабилитации лиц с закрытой позвоночно-спинномозговой травмой поясничного уровня.

Методы исследования – анализ и обобщение литературных источников

Результаты исследования и их обсуждение.

Терапия позвоночно-спинальной травмы осуществляется функциональным методом - длительным вытяжением; методом одномоментной или постепенной репозиции позвоночного столба с последующим наложением гипсового корсета; фиксированным скелетным вытяжением; оперативным методом (декомпрессионной ламинэктомией с последующей ревизией содержимого позвоночного канала и с применением различных способов стабильной фиксации) [1, 5]. Лечение должно обеспечить максимально возможное восстановление поврежденного отдела позвоночника (Цивьян Я.Л., 1993). До настоящего времени между ведущими клиницистами нейрохирургии, ортопедии и невропатологии идет дискуссия относительно закрытой травмы позвоночника и спинного мозга по двум основным вопросам: сроки проведения операции и объем хирургических вмешательств (Гребенюк 1965).

Тактика, характер и сроки лечения лиц с закрытой позвоночно-спинномозговой травмой зависят от формы, локализации и степени повреждения спинного мозга и позвоночного столба, компрессии переднего

отдела тел позвонков и угла локальной деформации [7, 10, 14]. Методом выбора при лечении неосложненных повреждений позвоночника и спинного мозга являются консервативные способы лечения, которые в ряде случаев оказываются малоэффективными. Все это делает актуальным дальнейшее совершенствование методов лечения и восстановления этих больных (Бабиченко Е.И., 1999).

Ряд авторов (Зельцев А.К. с соавт., 1989) обращают внимание на зависимость исходов и степени реабилитации от срока между травмой спинного мозга и операцией (при относительной идентичности прочих факторов).

На первый план реабилитации больных с той или иной степенью нарушений нижних конечностей выступают вопросы тактики лечения данного конкретного больного с учетом всех имеющихся у него биопатомеханических нарушений (Савченко П. А., 1989), а также оценки личностных особенностей больного, изменений психического и социального статуса (Егоров С. П., 1989).

Восстановительная терапия пациентов с закрытой позвоночно-спинальной травмой начинается с правильного оказания первичной помощи.

Оказание первой помощи, добольничная и внутрибольничная транспортировка должны быть проведены так, чтобы не было нанесено дополнительных повреждений (Кондратенко А. П., 1973). Предупреждают и смягчают развитие ранних и поздних осложнений сокращением времени транспортировки (Мазуренко О. В., 2003).

Очень важно раннее диагностирование позвоночно-спинальной травмы. Причиной несвоевременной диагностики повреждения позвоночника обычно является недооценка тяжести повреждения. Поздняя диагностика повреждения позвоночника может служить усугублению симптоматики, привести к вторичному повреждению спинного мозга и его корешков (Юмашев Г. С., 1983).

Большая часть безрезультатного лечения спинальных больных связана с односторонним и симптоматическим подходом в лечении этих больных на ранних стадиях. (Сташкевич С. А., 1997).

Одни авторы ратуют за раннее хирургическое вмешательство в первые два дня с момента неосложненной травмы [3]. Другие авторы утверждают, что оперативное вмешательство желательно проводить в сроки от 6 до 16 дней после выведения больного из состояния шока, нормализации дыхания, сердечнососудистой системы [7]. Оперативное лечение нестабильных повреждений пояснично-грудных позвонков сводится к вправлению смещенных фрагментов и фиксации внутренними металлическими фиксаторами (Цивьян Я.Л., 1993), а при этом есть необходимость фиксации 5-6 позвоночно-двигательных сегментов (Вертильз, 2001). Оперируются больные в промежуточном и позднем периодах, при наличии симптомов нестабильности позвоночника и синдромами сдавления спинного мозга и корешков (Бирюков Ю. В., Семан А. А., 1973). При наличии соответствующих показаний в процессе оперативного вмешательства осуществляются необходимые манипуляции на содержимом позвоночного канала (Цивьян Я.Л., 1965).

После операции начинается новый этап - обучение жизни в новом состоянии, восстановление мобильности, силы, подвижности, уменьшение боли, профилактика тромбозов, адаптация и выздоровление. Вопрос о сроках перевода в отделение после проведенной операции и начале реабилитационных мероприятий решается в отделении реанимации на 3-7 день [1, 11].

Цель реабилитации – максимально возможное снижение социально-экономического ущерба от инвалидности и других видов последствий болезней и травм на общественном и индивидуальном уровне (Карташов В.Т., 2006).

Более сорока лет назад, 1967 году в Праге на IX конференции министров здравоохранения соцстран была поставлена задача: «Разработка индивидуальной программы реабилитации для каждого гражданина с нарушенным здоровьем», что остается актуальным и сейчас.

Существует мнение, что в реабилитации нет определенной последовательности, участвующих специальных дисциплин, а есть только их сосуществование [13, 14]. Комплексная реабилитация охватывает медицинские, физические, психические, социально-экономические, профессиональные и педагогические мероприятия. Медицинская реабилитация находится в тесной связи с трудовой и социальной реабилитацией и должна быть содружественна им (Карташов, 2006).

В плане реабилитации следует предусмотреть соответственно неотложные первоочередные мероприятия, но и необходимо учитывать единство психических, биологических факторов при включении инвалида в общество (Ренкер К., 1980).

Начало реабилитационных мероприятий пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой определяется моментом перехода больного из биологического существа в социальное, когда угроза жизни отпадает, и встает вопрос, как жить дальше.

Важным в решении вопроса реабилитации лиц с закрытой позвоночно-спинномозговой травмой представляется разработка научно-обоснованных типовых программ реабилитации с учетом современных достижений медицины, проведение стандартизации и индивидуализации реабилитационных программ и мероприятий с ранней активизацией больных и ранним ортезированием, обеспечение доступности всех видов помощи и обеспечение другими техническими средствами каждого нуждающегося в этом больного или инвалида (Корж А. А., с соавт., 2004).

Организация реабилитационных мероприятий должна быть плановой, постоянно нарастающей и целенаправленной, она требует обучения персонала, дополнительного оснащения, начинается рано и проводится длительное время.

Для полноты реабилитации огромное значение имеет настроение пострадавших, их стремление к определенной цели. Последняя определяется в зависимости от степени повреждения спинного мозга. (Демиденко В.Н., 2004).

Немаловажным фактором в достижении успеха реабилитации больных с поврежденным спинным мозгом является длительная терапия, исключительная настойчивость, трудолюбие и благожелательность обслуживающего персонала. (Зельцев А.К. с соав., 1985).

Кроме того, важное место в реабилитации больных с травмами позвоночника и спинного мозга отводится воспитанию навыков самообслуживания и самостоятельного обучения или переобучению (Петрашкевич Н. П., 2002).

Социальное значение реабилитации пациентов с нарушениями функции спинного мозга определяет важность всех этапов реабилитационных мероприятий (Епифанов В.А., 2005)

Основными задачами физической реабилитации лиц с закрытой спинномозговой травмой поясничного уровня является улучшение сердечно-сосудистой дыхательной, мышечной, мочеполовой и других систем организма путем максимальной активации их резервов (Карташов В.Т., 2006), а также коррекцией основных функций поврежденного позвоночника - опорной, двигательной и защитной. Известно, что воздействие педагогических факторов (физические упражнения, формы организации занятий, интенсивность нагрузок) в коррекционно-восстановительной работе должно быть направлено локально на функциональную структуру которая в целостной системе организма по включению моторно-висцеральных рефлексов адаптируется к средовым условиям. В связи с этим положением доза применяемых физических нагрузок в каждый момент их воздействия должна быть оптимальной (Григоренко В. Г., 1992).

Конструктивную основу физической реабилитации как педагогической системы составляет объективная информация, полученная на основе дифференциального исследования функциональных систем организма больных с позвоночно-спинномозговой травмой, его резервных возможностей в момент применения физических нагрузок (Григоренко В. Г., 1992).

Проблема реабилитации двигательных расстройств обусловленных повреждением нервной системы при позвоночно-спинальной травме остается актуальной и до настоящего времени. Она связана с одной стороны с ограниченной способностью нервных тканей к регенерации, а с другой сложностью и длительностью формирования механизмом компенсации (Белова А.Н., 2000)

На основе дифференцированно-интегрального подхода в условиях физической реабилитации больных с ЗПСТПУ представляется возможным добиться оптимального уровня коррекции их двигательной сферы, подготовленности к бытовой и профессиональной деятельности и заложить морфологическую функциональную и психопедагогическую основу физического совершенствования и социальной реабилитации.

Анализ литературных данных показал, что при проведении восстановительной терапии с использованием спортивных мероприятий больным, перенесшим травму позвоночника и спинного мозга, зачастую, применяют упражнения неспецифической направленности без учета биомеханических особенностей видов спорта [3].

Для каждого реабилитанта следует составлять отдельный план лечения с целью обеспечения максимального эффекта тренировки. При этом опыт показал, что опасность завышенного требования гораздо меньше, чем опасность заниженного. Очень важно в рамках плана реабилитации соблюдать правильную очередность мероприятий с учетом основных задач. Поэтому педагогические или профессиональные требования на отдельных этапах программы реабилитации могут стоять на первом месте, а медицинские - иметь меньшее значение (Ренкер, 1980).

Итак, установлено, что восстановительные мероприятия для лиц с закрытой позвоночно-спинномозговой травмой поясничного уровня включают: позиционную терапию, медикаментозное лечение в зависимости от клинических проявлений, психотерапию, лечебную физкультуру, массаж, мануальную терапию, электростимуляцию различных мышц, чрезкожную стимуляцию задних отделов спинного мозга, эпидуральную электростимуляцию спинного мозга для лечения болевых синдромов, лазеротерапию, магнитотерапию, импульсное магнитное поле, рефлексотерапию, электропунктуру, электросон, светолечение, электрофорез, ионофорез, гидрокинезотерапию, инфракрасную терапию, фитотерапию, парафиновые аппликации, сегментарное введение коллоида, грязелечение, гидромассаж, талассотерапию, применение ортезов, механотерапию, трудотерапию, терапию занятостью, библио- и культуротерапию, терапию средой, терапию спортивную и др. [2, 6, 12]. При этом представленные средства и методы разработаны без учета единого патофизиологического механизма позвоночно-спинномозговой травмы.

Выводы.

Представленные данные литературы свидетельствуют о большом количестве методов реабилитации применяемых у больных позвоночно-спинальной травмой, а, следовательно, и недостаточной их эффективности при проведении восстановительной терапии.

Перспектива дальнейших исследований. Представленный анализ обосновывает поиск путей к созданию более эффективной комплексной программы физической реабилитации для лиц с данной патологией

Литература

1. Белова А. Н. Нейрореабилитация: Руководство для врачей. - М.: Антидор, 2000. - 568 с,
2. Верич Г. Е., Банникова Р. А., Солуха Е., Асад М. Кинезитерапия при повреждениях позвоночного столба и

костей таза: Методическое пособие. К.: Олимпийская литература, 1998. - 24 с.

3. Григоренко В. Г. Педагогические основы физической реабилитации инвалидов с нарушением функции спинного мозга. М., 1992. - 33 с.
4. Егоров С. П. Особенности личностных нарушений у больных с травмой спинного мозга. В кн. «Фундаментальные и прикладные вопросы реабилитации и позвоночно-спинномозговой травмой // Труды крымского ордена Красного Знамени мединститута - Симферополь, 1989. - т. 116. - 46 -50 с.
5. Епифанов В. А. Медицинская реабилитация больных после травмы и операций на позвоночнике и спинном мозге. В кн: Медицинская реабилитация (руководство) / Под ред. В. М. Боголюбова - Москва, Пермь.: ИПК «Звезда», 1998.-648 с.
6. Карташов В. Т., Фидаров Э. З., Бородин И. А. Опыт амбулаторно-поликлинической реабилитации больных после хирургических вмешательств // Амбулаторная хирургия: Российский ежеквартальный научно-практический тематический журнал. - 2006. - № 4. - 3-7 с.
7. Зельцев А. К., Лобенко А. А., Аксенов В. В. Некоторые факторы, влияющие на особенности реабилитации при повреждении спинного мозга. В кн. «Фундаментальные и прикладные вопросы реабилитации и позвоночно-спинномозговой травмой // Труды крымского ордена Красного Знамени мединститута - Симферополь, 1989. - т. 116. - 53 – 57.
8. Корж Н. А., Ярошенко Д. А., Шевченко Е. Г., Маколинец В. И. Реабилитация - важная медицинская и социальная проблема. Ортопедия, травматология и протезирование. 2004, №4.-5-10 с.
9. Лобода Т.М. О некоторых аспектах медицинской реабилитации в Украине// Медицинская реабилитация, курортология физиотерапия – 2001. - № 1. – С. 6-9.
10. Лытаев С.А. Адаптивные механизмы системы движения. Патогенетическое обоснование раннего восстановительного лечения ортопедотравматологических больных. СПб.: Элби, 2001. – 269 с.
11. Хвисюк Н.И., Радченко В.А., Корж Н.А. Стабилизация при повреждениях грудного и поясничного отделов позвоночника // В кн. Повреждения позвоночника и спинного мозга (механизмы, клиника, диагностика, лечение). Киев: «Книгаплюс», 2001. – 388 с.
12. Хвисюк Н.И., Завел М.И., Довгань С.Б. Неосложненные компрессионные переломы тел позвонков у детей // Материалы науч. Конф. Вертебрологов «Актуальные вопросы вертебологии». – Харьков, 1998. – С. 122-126.
13. Цивьян Я. Л. Хирургия позвоночника - Новосибирск, 1993.
14. Quenser R. M, Bung R.P. Acute traumatic central cord syndrome: MRI-pathological correlations Neuroradiologi. – 1992. – Vol. 34. – P. 8-94.

Поступила в редакцию 25.02.2008г.