

РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З УСКЛАДНЕНОЮ ТРАВМОЮ ХРЕБТА

Пошкодження спинного мозку та травми хребта є однією з найактуальніших проблем в сучасній ортопедії і травматології. 60-70% всіх хворих, які потребують реабілітації, складають хворі з травмами та захворюваннями опорно-рухової системи. Значна частина із них – це хворі з пошкодженнями хребта. В даній статті проведено аналіз реабілітації 96 хворих з пошкодженнями спинного мозку та травмами хребта. Вказано основні складові реабілітації таких хворих.

Ключові слова: хребет, ускладнена травма, реабілітація.

Вступ

Пошкодження спинного мозку та травми хребта є однією з найактуальніших проблем в сучасній ортопедії і травматології. Тривалість і складність лікування, довготривала втрата працездатності, а також високий відсоток інвалідизації, призводить до значних економічних втрат як з боку пацієнта, так і з боку держави, що обумовлює медичну та соціальну значимість проблеми травм хребта.

Слід зауважити, що 60-70% всіх хворих, які потребують реабілітації, складають хворі з травмами та захворюваннями опорно-рухової системи. Значна частина із них – це хворі з пошкодженнями хребта та спинного мозку. На даний час це складає 27,3%.

Загалом, метою реабілітації є відновлення не тільки соматичного або психічного здоров'я хворого, але і його соціального статусу, високого рівня адаптації в сім'ї та суспільстві, тобто в кінцевому рахунку – забезпечення високої якості життя, оскільки хворих передусім хвилює те, як результат лікування позначиться на його професійній діяльності, особистому житті, родинних відносинах.

Мета роботи

Провести аналіз ефективності реабілітаційних заходів у хворих з пошкодженнями спинного мозку та травмами хребта, ускладнених неврологічною симптоматикою, які використовують у клініці ортопедії та травматології ЗОКЛ ім. А.Новака м. Ужгород.

Матеріали та методи

В клініці ортопедії та травматології ЗОКЛ ім. А.Новака м. Ужгород за період з 2003 по 2010

роки прооперовано 96 хворих з ушкодженнями спинного мозку та травмами хребта, з них 39 жінок та 57 чоловіків. Слід зазначити, що всі хворі були працездатного віку, від 17 до 65 років.

За часом, який пройшов з моменту травми до поступлення в клініку, хворі розподілились наступним чином: до 8 годин – 49 хворих, до 24 годин – 20 хворих, 24 – 48 годин – 16 хворих; більше 48 годин – 11 хворих.

Рівень пошкодження хребта у травмованих був наступний: С₃ – 6 хворих, С₄ – 10 хворих, С₅ – 15 хворих, С₆ – 13 хворих, Th₅ – 2 хворих; Th₆ – 4 хворих; Th₇ – 6 хворих; Th₈ – 5 хворих; Th₉ – 6 хворих; Th₁₀ – 4 хворих; Th₁₁ – 5 хворих; Th₁₂ – 9 хворих; L₁ – 19 хворих; L₂ – 4 хворих; L₃ – 4 хворих. Кількість зламаних хребців (112) не співпадає з кількістю хворих (96), оскільки у кількох хворих було зламано кілька хребців.

Згідно класифікації F. Denis, неврологічні порушення типу А спостерігались у 10 хворих, типу В у 12 хворих, типу С у 11 хворих, типу D у 8 хворих. Порушення функції тазових органів мало місце у 30 хворих. В 11 хворих була наявна супутня корінцева симптоматика без порушення функції тазових органів.

Хворі були розподілені нами на 2 групи:

I – хворі з пошкодженням хребта та спинного мозку – 56 хворих;

II – хворі з пошкодженням хребта та супутньою корінцевою симптоматикою – 40 хворих.

Реабілітаційні заходи розпочинали відразу після поступлення хворих в клініку. Під наглядом інструктора хворі виконували комплекси вправ ЛФК, хворим робили масаж, проводили фізіотерапевтичні заходи.

Для профілактики виникнення пролежнів під п'ятки, крижи, лопатки підкладали м'які підкладки, м'які круги, валики, тканинні підкладки з просом, застосовували м'які надувні матраци. Після операції хворих в той же день мобілізували в ліжку: перевертали на боки, на живіт, щоб хворі могли утримувати голову долонями.

При наявності порушення функції тазових органів (I група – 32 хворих, II група – 15 хворих) налагоджували систему Монро, за допомогою якої підтримували постійний тиск в сечовому міхурі, наповнювали та спорожнювали його, що

сприяло скорішому відновленню його функцій, а при незворотних змінах – напрацюванню спінального автоматизму. Через 7-10 днів після оперативного втручання для напрацювання спінального автоматизму катетер перетискали, а при наявності позивів на сечовипускання видаляли. Якщо протягом 4 годин хворий не мочився, то сечу спускали одноразовим катетером.

Також використовували транскутанну стимуляцію сечового міхура, зокрема при гіпотонусі застосовували електрофорез із прозеріном, а у випадку гіпертонічного синдрому – електрофорез з атропіну сульфатом.

При нейрогенній дисфункції кишок також виконували їх транскутанну стимуляцію. Паралельно використовували послаблюючі засоби, а якщо це не давало результату то призначали очисні клізми кожні 3 дні.

Операцію проводили в день поступлення хворих. Якщо загальний стан хворих був важкий, то оперативне втручання виконували після стабілізації їх стану. Виконували декомпресивну ламінектомію та геміламінектомію, що доповнювались заднім сегментарним транспедикулярним спонділодезом. При потребі виконували корпородез імплантатами з пористої кераміки або кейджем, заповненим гранульованою керамікою.

Обов'язковою частиною реабілітації, поряд з медичною та фізичною, була психологічна реабілітація. Це в більшій мірі стосувалось хворих з грубими неврологічними порушеннями, оскільки прогностично результат лікування в них був гірший. Ці хворі періодично консультувались психологом.

Результати та їх обговорення

Відразу після виходу з наркозу хворі були мобілізовані в ліжку. Їм допомагали перевернутись в ліжку на боки, на живіт, щоб вони могли спертися на лікті та утримувати голову долонями.

Хворих вертикалізували по мірі збільшення м'язової сили в нижніх кінцівках, щоб хворі могли втриматись на ногах.

Болі в ділянці оперативного втручання у 37 хворих регресували протягом перших 2 тижнів після операції, ще у 18 хворих протягом 3 тижнів, а ще 6 хворих скаржились на больові відчуття в області оперативного втручання до 3 місяців.

Серед хворих I групи у 11 хворих з неврологічними порушеннями типу D, сила м'язів нижніх кінцівок та функція сечовиділення відновились протягом перших трьох тижнів з моменту операції.

У 14 хворих з порушенням типу C, неврологічна симптоматика протягом місяця регресувала

до типу D, а в 13 з них до типу E протягом наступного місяця. У цих хворих повністю відновилась функція сечовиділення. У двох хворих відмічалась лише незначна позитивна неврологічна динаміка, у них розвинувся нормотонічний нейрогенний сечовий міхур.

У 12 хворих з неврологічними порушеннями типу B за час перебування в стаціонарі (до 14 днів) неврологічна симптоматика регресувала, і перед випискою відповідала типу C. Повний регрес неврологічної симптоматики протягом 6 місяців відмічався у 12 хворих, до типу D у 8 хворих, до типу C у 9 хворих. У дев'яти випадках регресу неврологічної симптоматики не відмічалось. Функція сечовиділення відновилась у 6 хворих, у 1 хворого розвинувся нормотонічний нейрогенний сечовий міхур, а у двох хворих розвинувся атонічний нейрогенний сечовий міхур та була накладена епіцистостома.

У 14 хворих з неврологічними порушеннями типу A позитивна неврологічна динаміка не відмічалась. У шести хворих протягом 6 місяців неврологічна симптоматика регресувала до типу B, у 1 до типу C, та в двох до типу D і E. Функція сечового міхура відновилась повністю у 2 хворих, у 2 хворих розвинувся нормотонічний нейрогенний сечовий міхур, у 4 атонічний. 1 хворий помер через 2 місяці після операції.

Серед хворих II групи у 15 хворих з неврологічними порушеннями типу D, сила м'язів нижніх кінцівок відновилась протягом перших 2 тижнів з моменту операції, а в 7 протягом 1 місяця. В цих хворих функція сечового міхура повністю відновилась.

У 4 хворих з пошкодженням типу C, неврологічна симптоматика повністю регресувала протягом 2 місяців з моменту операції, а ще в одного хворого протягом 3 місяців, а функція сечовиділення повністю нормалізувалась.

Протягом шести місяців у 2 хворих з неврологічними порушеннями типу B неврологічна симптоматика регресувала до типів D та E та відновились функції сечовиділення. В одному випадку спостерігався лише незначний регрес неврологічної симптоматики та розвинувся гіпотонічний нейрогенний сечовий міхур.

Пролежні великих розмірів за 3 місяці утворились у 7 хворих. Причиною виникнення даного ускладнення було те, що знаходячись вдома хворі не дотримувались настанов лікаря.

Загалом повний регрес неврологічної симптоматики спостерігався у 27 хворих I групи та 15 хворих II групи в терміні до 6 місяців.

Функція тазових органів повністю відновилась у 38 хворих в терміні до 6 місяців. Інфекційні

ускладнення з боку сечовивідних шляхів спостерігались у 18 хворих.

Висновки

1. Реабілітаційні заходи необхідно розпочинати відразу після поступлення хворого до стаціонару.
2. Необхідною складовою курсу реабілітації хворих з ускладненою травмою хребта є психологічна реабілітація, тому лікар-психолог повинен одним із перших провести бесіду з хворим.
3. Найкращим методом стимуляції скоротливої функції сечового міхура при ускладненій травмі хребта є невиправдано забута система Монро.
4. Після виписки зі стаціонару, такі хворі повинні продовжувати розпочату реабілітацію в спеціалізованих центрах та санаторіях, яких, на жаль, на Україні мало, що спонукає до збільшення кількості даного роду закладів, особливо в таких регіонах як Закарпаття.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дроздова И.В. Психологические аспекты реабилитации больных // Международный медицинский журнал – 2002. – №4. – С. 50-52
2. Карепов Г.В. ЛФК и физиотерапия в системе реабилитации больных травматической болезнью спинного мозга. // К. : Здоров'я – 1991 – 184 с.
3. Качесов В.А. Основы интенсивной реабилитации. Травма позвоночника и спинного мозга. // Элби-Спб.: Санкт-Петербург. – 2003. – 128 с.
4. Мартинюк І.О., Пирогова В.І. Бутитер Л.Д., Матула Л.М. Загальні принципи реабілітації хворих та інвалідів // Практична медицина – 1999. – Ч. 5-6 (19-20). – С. 123-127.
5. Полищук Н. Е., Корж Н.А., Фищенко В.Я. Повреждения позвоночника и спинного мозга. – Киев: „Книга плюс”, 2001. – 388 с.

6. Шимон В.М., Пічкач І.Й., ВасиLINEць М.М. Реабілітація хворих з ускладненою травмою грудного та поперекового відділу хребта // Євпаторія, Вестник физиотерапии и курортологии № 3, Евпатория 2008. – С. 90-92.

Резюме

Шимон В.М., Шницер Р.И., ВасиLINEць М.М., Пушкаш И.И., Ламбрух І.М.

Реабилитация больных с осложненной травмой спинного мозга и позвоночника

Повреждения грудного и поясничного отделов позвоночника – одна из самых актуальных проблем в современной ортопедии и травматологии. 60-70% всех больных, требующих реабилитации, составляют больные с травмами и заболеваниями опорно-двигательной системы. Значительная их часть это больные с повреждениями позвоночника. В этой статье проведено анализ реабилитации 96 больного с осложненными травмами спинного мозга и позвоночника. Указаны основные составляющие реабилитации таких больных.

Ключевые слова: позвоночник, осложненная травма, реабилитация.

Summary

Shimon V.M., Shnitcer R, I., Vasilinets M.M., Pushkash I.I., Lambruh I.M.

Rehabilitation of patients with the complicated trauma of a spinal cord and a backbone

Thoracic and lumbar spine injury is one of the most actual problems in modern traumatology and orthopedic. 60-70% of all patients requiring the rehabilitations, make patients with traumas and diseases of the support-moving system. Great part of such patients are patients with spinal injuries. In this article the analysis of rehabilitation of 96 patients with complicated thoracic and lumbar spine trauma is shown. The main constituents of rehabilitation of such patients are indicated.

Keywords: spine, complicated trauma, rehabilitation.