

## PECULIARITIES OF REHABILITATION OF PERSONS IN ACUTE AND EARLY PERIOD OF SPINE-SPINAL INJURY

S. P. Gorishchak

Odessa National Medical University

e-mail: [psychotyp@gmail.com](mailto:psychotyp@gmail.com)

### Abstract

The article presented deals with the problem of rehabilitation of persons in acute and early periods of spine and spinal cord injury in Ukraine. The author draws attention to the urgency of this problem in today. In the work the analysis of modern researches in the field of medical and psychological support of patients of acute and early spinal cord and spinal cord injury is given. The main markers of the direction of work with persons who experience acute and early periods of spine and spinal cord injury are indicated.

**Key words: neurosurgery, rehabilitation, medical and psychological support, psychosocial rehabilitation, multidisciplinary teams**

### ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ У ГОСТРОМУ І РАННЬОМУ ПЕРІОДАХ ХРЕБЕТНО-СПИННОМОЗКОВИХ ТРАВМАМ

С. П. Горищак

Одеський національний медичний університет

**Актуальність дослідження.** В загальній структурі ушкоджень нервової системи хребетно-спинномозкові травми (ХСМТ) становлять 4,9–5,3% [1, 2, 7, 10]. На період сьогодення здійснюється велика кількість операцій, які відновлюють сагітальний

баланс хребта. Розроблено та впроваджено в практику різні оперативні доступи, варіанти стабілізуючих систем. На думку вітчизняних авторів, незважаючи на постійне вдосконалення хірургічних методів лікування постраждалих з даною патологією, кількість незадовільних результатів залишається досить високим і становить 23–58% [8, 11, 15-20] і характеризується важкими як медичними, так і соціально-психологічними наслідками. Хребетно-спинномозкова травма (ХСМТ) – серйозне порушення життєдіяльності всього організму [1, 3, 5, 6]. Такі травми спинного мозку – це потужні стресові ситуації, які призводить до важких медичних, соціальних і психологічних наслідків [2, 3, 6, 11].

Зважаючи на показники високої смертності, інвалідизації та підвищення вартості лікування і реабілітації, які призводять до значних економічних збитків не лише з боку осіб перенесених ХСМТ, а й в загалі з державних бюджетів, актуалізується питання пошуку нових даних про можливості відновлення втраченої функції спинного мозку після його пошкодження [16-19]. Хоча за останні роки завдяки досягненням фармакології, реабілітації та нейрохірургії значно збільшилась тривалість життя спінальних хворих та змінилася якість їх життя. Однак, незважаючи на величезний науковий прогрес, досягнутий в цій галузі, багато запитань щодо вивчення тактики ведення пацієнтів з ХСМТ і можливостей відновлення функції пошкодженого спинного мозку залишаються невирішеними.

**Методи дослідження:** аналіз та синтез науково-теоретичних надбань та результатів експериментальних досліджень з проблеми психологічного, медичного та соціального супроводу та реабілітації пацієнтів у гострому і ранньому періодах хребетно-спинномозкових травм.

**Викладення основного матеріалу.** ХСМТ, як правило, залишає за собою серйозні наслідки щодо нерво-рухової системи, які в подальшому доведеться відновлювати. Але якщо це виявиться неможливим, наслідки травми доведеться долати в процесі комплексної реабілітації, що дозволяє людині адаптуватися до нових реалій життя в емоційно-психологічному, соціальному і побутовому сенсі. У гострому періоді травми хворий найчастіше відчуває переляк, приголомшення, заціпеніння, відчай, гнів, страх, надію. Всі його переживання яскраво пофарбовані. Застарілі ушкодження хребта та спинного мозку є одними із найскладніших проблем нейротравматології. У гострий період тяжкої ХСМТ виживають близько 80% потерпілих. Ці хворі потребують медичної допомоги на всіх стадіях травматичної хвороби спинного мозку. У ранньому періоді у хворих розвиваються тривожність, емоційна нестійкість. Інтенсивність змін в

психоемоційному стані залежить від тяжкості травми [3, 6]. Надання психологічної допомоги в гострому і ранньому періодах ХСМТ створює передумови для успішного перебігу відновного лікування, мотивує хворого до досягнення максимальних результатів в реабілітації і в першу чергу допомагає хворому адаптуватися до нових для нього умов життя, до змін, що сталися з ним [4, 5, 7]. Отримуючи психологічну підтримку, хворий націлюється на активну участь у відновному лікуванні. Участь хворого не повинно бути інертним, воно повинно бути вольовим, цілеспрямованим [8-10].

Однак, протягом тривалого періоду часу в лікуванні основна увага приділялася відновленню рухової функції, в той час як проблемам психоемоційного стану постраждалих, особливо в гострому і ранньому періодах перебігу хвороби, приділялося недостатньо уваги. В.Н. Мошков вважає, що психологічна реабілітація повинна передувати фізичної: інертність хворих серйозно гальмує відновне лікування [9]. На думку ряду авторів, гострий період є важливим проміжком часу в формуванні у хворого уявлень про особливості його захворювання і можливості реабілітації, за умови можливості спілкування з хворим. Успішна медична та фізична реабілітація ведуть до максимально можливого в кожному окремому випадку рівню відновлення втрачених функцій, зниження смертності в результаті ХСМТ, продовженню життя пацієнтів, поліпшення її якості [1, 2, 4, 7, 11].

У сучасній медицині для цілей медицини застосовуються новітні технології, досвід і майстерність фахівців, які дозволяють врятувати найдорожче – життя. Але, важливо розуміти, що навіть сама ювелірна робота нейрохірурга не може повністю відновити колишній стан пацієнта або хоча б наблизити його до такого, якщо він не отримає повноцінного курсу реабілітації. В Україні до недавнього часу реабілітації осіб перенесших ХСМТ надавалось невелике значення, цей етап був у багатьох випадках формальним, і навіть самі пацієнти не розраховували на його позитивні результати, покладаючи всю відповідальність на лікаря, який проводив початкове лікування. У той же час, за кордоном давно зрозуміли важливість етапу реабілітації та адаптації, тому там є не просто лікар реабілітолог, а ціла категорія лікарів, які беруть участь в процесі реабілітації після операцій і травм.

Сучасні технології сьогодні дозволяють проводити комплексну реабілітацію дозовано, з різною швидкістю, підбираючи інтенсивність занять індивідуально для кожного конкретного пацієнта. Важливу роль в реабілітації відводять фізичним вправам, так як пацієнти ХСМТ страждають саме від порушення рухів чи взагалі

втрати рухливих функцій. Якщо пацієнт раніше мав якусь спеціальність, то фізіотерапевт допомагає відновити йому втрачені навички або придбати інші, які найкраще підходять для нього у післяопераційний період. У підсумку, саме комплексна реабілітація дозволяє пацієнтові одужати повністю, а не частково. Успіх лікування залежить як від правильно встановленого діагнозу, так і від оптимально підбраного і проведеного лікування, а також правильної та своєчасної реабілітації пацієнта з ХСМТ.

Метою реабілітації є швидка регенерація м'язів при їх атрофії, пов'язаних з тривалою гіподинамією, з метою відновлення сили і тонусу кінцівки, відновлення повного обсягу рухів в суглобах після іммобілізації, прискорення регенерації тканини хрящів, поліпшення трофіки тканин органів і кісток, збільшення рухливості при спайках в черевній порожнині після порожнинних операцій, підвищення загального тонусу пацієнта і поліпшення психоемоційного стану, зняття болю і набряків після травм суглобів, відновлення фізичної активності після парезів і паралічів, а також в післяопераційному періоді у пацієнтів після операцій пов'язаних із захворюваннями і травмами опорно-рухового апарату тощо. Варто відзначити, що сам процес реабілітації заснований на стимуляції власних можливостей організму пацієнта під зовнішнім впливом. Фізичні вправи, сучасна апаратура допомагають стимулювати місцевий і загальний імунітет, покращувати процеси репарації тканин, відновлювати крово- і лімфо обіг тощо.

Однак, слід зазначити, що стрімкі та драматичні зміни в способі життя, обмеження можливостей, біль і випадіння зі звичного кола спілкування пагубно позначаються на психіці, а пригнічений стан, в свою чергу, уповільнює відновлення. Виходить порочне коло, і щоб вирватися з нього, пацієнтам потрібна не тільки підтримка і увага близьких, але і робота з психотерапевтом.

Більшість авторів дотримується думки, що медична модель доречна в гострій фазі спінальної травми, а навчальна – під час відновлюваного процесу. Незважаючи на велику кількість публікацій з даної проблеми, залишається ряд питань, які безпосередньо відносяться до галузі психологічної допомоги пацієнту з ХСМТ в гострому та ранньому періоді травми. На сьогодні медична модель передбачає консультування і психотерапію, а нерідко і психофармотерапію. Навчальна модель психотерапії спрямована на навчання пацієнтів щодо пристосування до обмежень і сфокусована на активну участь пацієнта в реабілітаційному процесі.

Багато питань, присвячені вивченню психоемоційного статусу в залежності від періоду перебігу хвороби, вимагають уточнення. Оскільки напруга психічного стану,

яка виникає у даній категорії пацієнтів в результаті отриманої травми хребта, є причиною дезадаптації особистості з різними її проявами. Від таких факторів, як характер і тяжкість травми, індивідуальні особливості пацієнта і соціальне оточення, залежать динаміка, частота і враженість можливих психологічних розладів. Все це призводить до значного зниження якості життя хворого, його працездатності і можливості соціальної адаптації, ставить пацієнта перед низкою медичних і соціальних проблем. Традиційно психотерапія пацієнтів зі ХСМТ включає поведінкову терапію, гідротерапію, групову психотерапію, біологічний зворотній зв'язок. Робота клінічного психолога та психотерапевта з даними пацієнтами орієнтована на допомогу в зміні психічних патернів, обмежене ефективне пристосування. Західні психологи і психотерапевти, що працюють з пацієнтами які отримали ХСМТ, виділяють медичну і навчальну моделі психотерапії [1, 5, 6, 8].

**Висновки.** Однак не зважаючи на такий ріст інтересу до даної проблеми і на період сьогодення залишаються все ще нерозв'язаними проблеми комплексного підходу до лікування таких хворих як в плані декомпресійно-стабілізуючих операцій на хребті, так і реконструктивно-відновних на ушкодженому спинному мозку. На нашу думку, більшість невтішних наслідків лікування ХСМТ пов'язані з неврахуванням значення єдиного комплексу травматичної хвороби спинного мозку, а також однобічним підходом до лікування цих хворих на різних стадіях травматичної хвороби. Тобто для нормальної реабілітації пацієнтів з ХСМТ вкрай необхідна розробка програми індивідуальної психосоціальної реабілітації, як системи психологічних впливів на хворого на різних етапах реабілітації спрямованих на формування у хворого психологічних установок реабілітації: прихильності до лікування, співпраці з персоналом, активності в лікуванні, установок здорового способу життя; метою яких повинно бути досягнення психологічної адаптації пацієнта перенесеного ХСМТ до нових умов життя.

Пошуки способів, спрямованих на створення умов для оптимального перебігу регенеративних процесів у спинному мозку, у наш час є досить актуальною проблемою. При цьому найперспективнішим у спінальній патології є прискорення регенерації спинного мозку шляхом впровадження нанотехнологій та мікронейрохірургії.

### **Література**

1. Амон Г. Психосоматическая терапия. – СПб: Речь, 2000. – 216 с.
2. Дзяк Л. А., Сальков М. М., Зорін М. О., Тітов Г. І. Актуальні питання організації надання медичної допомоги, діагностики та лікування бойової хребетної та

хребетно-спинномозкової травми // Український нейрохірургічний журнал. — 2015. — № 1. — С. 34-38

3. Еремеев Ю. А., Джангильдин Ю. Т., Кочетков А. В., Куликов М. П. Клинико-психологические особенности больных с травматической болезнью спинного мозга // Труды X Международной конференции «АСВОМЕД-2008» «Современные технологии восстановительной медицины». - М., 2008. - С. 68–69.

4. Леонтьев М. А. Эпидемиология спинальной травмы и частота полного анатомического повреждения спинного мозга // Актуальные проблемы реабилитации инвалидов. — Новокузнецк, 2011. — С. 37-38.

5. Лукутина А. И. Психические нарушения в пациентов с травмой опорно двигательного аппарата: Автореф. дис ... канд. мед. наук / Лукутина А.И. - М.: МГМСУ, 2008. - 13 с.

6. Кокоткина Л. В, Цыганков Б. Д., Кочетков А. В., Добровольская Ю. В. Современные особенности медико-психологической реабилитации больных с травматической болезнью спинного мозга // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 2008.- № 2. - С. 51-57.

7. Мошков В. Н. Лечебная физическая культура в клинике нервных болезней. – 3-е изд. - М: Медицина, 1982. - 224 с.

8. Напрєєнко О. К. Депресія та тривога. Профілактика в первинних структурах охорони здоров'я:[посібник для поліпшення якості роботи лікарів] / О. К. Напрєєнко // за ред. проф. І. П. Смірної.– К.: Здоров'я, 1999. – 165 с.

9. Олейник С. А. Механизмы психической адаптации и дезадаптации у больных с болевыми и безболевыми формами ишемической болезни сердца – участников профилактической программы: Автореф. дис...канд. психол. наук: 19.00.01 – общая психология / С.А. Олейник. – Томск, 1992. – 17 с.

10. Полищук М. Є., Корж Н. А., Фіщенко В. Я. Пошкодження хребта і спинного мозку (механізми, клініка, діагностика, лікування). – Київ: Книга плюс, 2001. – 388 с.

11. Полищук Н. Е. Современные принципы диагностики и лечения больных с позвоночно-спинномозговой травмой: Метод. реком. / Полищук Н.Е. - Москва, 2006. - 36 с.

12. Савенкова І. І. Локалізація ступеня суб'єктивної виразності болю в онтогенетичній розгортці хворих на хронічні гастроентерологічні розлади / І.І.Савенкова // Проблеми загальної та педагогічної психології: [Зб. наук. праць Ін-ту

психології ім. Г. С. Костюка АПН України] / за ред. акад. С.Д.Максименка. – К., 2009. – Т.11. – Ч. 1. – С. 482 - 490.

13. Цветкова Л. С. Восстановление высших психических функций / Л. С. Цветкова. – М.: Академический проект, 2004. – 148 с.

14. Цимбалюк В. І. Результати відновного хірургічного лікування хворих з наслідками повного ушкодження спинного мозку / Цимбалюк В. І., Ямінський Ю. А. // Український нейрохірургічний журнал. — 2011. — № 3. — С. 14-20.

15. Bamford J.A., Mushahwar V.K. Intraspinal microstimulation for the recovery of function following spinal cord injury // Brain Res. — 2011. — 194. — 227-239.

16. Dulin J., Kovacs L., Ramm S. et al. Evaluation of sedative effects of single and repeated doses of 50 mg and 150 mg tolperisone hydrochloride. Results of a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled trial // Pharmacopsychiatry. — 1998. — 31. — 137-42.

17. Graupe D., Cerrel-Bazo H., Kern H., Carraro U. Walking performance, medical outcomes and patient training in FES of innervated muscles for ambulation by thoracic-level complete paraplegics // Neurol. Res. — 2008. — 30. — 123-130.

18. Guidelines for the Acute Medical Management of Severe Traumatic Brain Injury in Infants, Children and Adolescent // Pediatric Crit. Care Med. — 2012. — Vol. 13, № 1.

19. Hillen B.K., Abbas J.J., Jung R. Accelerating locomotor recovery after incomplete spinal injury // Ann. N.Y. Acad. Sci. — 2013 Mar. — 1279. — 164-174.

### **References:**

1. Amon G. Psychosomatic therapy. - SPb: Speech, 2000. - 216 p.

2. Dzyak LA, Salkov MM, Zorin MO, Titov G. I. Актуальні питання організації надання медичної допомоги, діагностики та лікування бойової хребетної та хребетно-спинномозкової травми // Ukr Neurosurgical J. - 2015. - No. 1. - P. 34-38

3. Yeremeyev Yu. A., Dzhangildin Yu. T., Kochetkov AV, Kulikov MP Clinical and psychological features of patients with traumatic spinal cord disease // Proceedings of the X International conference "ASVOMED-2008" "Modern technologies of regenerative medicine". - M., 2008. - P. 68-69.

4. Leontiev MA Epidemiology of spinal trauma and the frequency of complete anatomical damage to the spinal mug // Actual problems of rehabilitation of the disabled. - Novokuznetsk, 2011. - P. 37-38.

5. Lukutina AI Mental disorders in patients with trauma of the musculoskeletal system: Author's abstract. dis ... cand. med.sciences / Lukutina AI - Moscow: MGMSU, 2008. - 13 p.
6. Kokotkina L. B, Tsygankov BD, Kochetkov A. B., Dobrovolskaya Yu.V. Modern features of medical and psychological rehabilitation of patients with traumatic spinal cord disease // Survey of psychiatry and medical psychology. V. M. Bechterew. - 2008. - N 2. - P. 51-57.
7. Moshkov VN Therapeutic Physical Culture in the Clinic of Nervous Diseases. - 3rd ed. - M: Medicine, 1982. - 224 p.
8. Naprevenko O. K. Depresia and that trivog. Profilaktika in the first structures of health protection: [posobnik for polyshchenya yakosti roboti likariv] / OK Naprevenko // ed. prof. I. P. Smirnovoi.- K. .: Zdorov'ya, 1999. - 165 p.
9. Oleynik SA Mechanisms of mental adaptation and disadaptation in patients with painful and painless forms of coronary heart disease - participants in the prevention program: Author's abstract. dis ... cand. psychol. sciences: 19.00.01 - general psychology / S.A. Oleynik. - Tomsk, 1992. - 17 p.
10. Polischuk M. Є., Korzh NA, Fischenko V. Ya. Poschodzhennya ridge and spinal cord (mehanizmi, klinika, diagnostics, likuvannya). - Kiev: Kniga Plus, 2001. - 388 p.
11. Polischuk N. E. Modern principles of diagnosis and treatment of patients with spine and spinal trauma: Method. the river. / Polishchuk N.E. - Moscow, 2006. - 36 p.
12. Savenkova I. I. Localization of the degree of subjective expressiveness of pain in ontogenetic scan of patients with chronic gastroenterological disorders // Problems of general and pedagogical psychology: [Coll. sciences works of the Institute of Psychology them. GS Kostiuk, APS of Ukraine] / ed. acad. S.D.Maksimenko. - K., 2009. - T.11. - Ch.1 - P. 482 - 490.
13. Tsvetkova, LS. Restoration of higher mental functions / L. Tsvetkova. - Moscow: Academic Project, 2004. - 148 p.
14. Tsymbalyuk V.I. Result of a chronic hirurgic likuvannya hvorih with syllables of a common ear of the spinal cord / Tsymbalyuk V. I., Yamynsky Yu. A. // Ukrainian Neurohirurg J. - 2011. - N 3. - P. 14-20.