

## МЕДИЧНІ НАУКИ

**Аймедов К.В.**

*доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри,  
Одеський національний медичний університет*

**Горищак С.П.**

*кандидат медичних наук, лікар нейрохірург вищої категорії,  
асистент кафедри хірургії № 3 з курсом нейрохірургії,  
Одеський національний медичний університет,  
головний лікар КУ «Дитяча міська поліклініка № 6» м. Одеса*

**Асєєва Ю.О.**

*кандидат психологічних наук, старший викладач,  
Одеський національний медичний університет*

### **СПЕЦИФІКА КОНЦЕПЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ХРЕБЕТНО-СПИННОМОЗКОВИМ ТРАВМАМИ**

За останні роки світ потерпає від великої кількості спалахів терористичних актів, авіакатастроф, природних катаклізмів, техногенних аварій та локальних військових конфліктів, у зв'язку з чим спостерігається тенденція до збільшення спинального травматизму більш ніж в 200 разів за 70-річний період [2, 16]. За результатами деяких досліджень встановлено, що середня частота хребетно-спинномозкової травми (ХСМТ) становить 7,4 випадків на 10 тисяч населення за рік [11]. Сучасні підходи та аналіз епідеміологічних досліджень дозволяє прогнозувати подальше зростання числа травмованих в 10 разів щорічно [3, 6, 13].

Зважаючи на показники високої смертності, інвалідизації та підвищення вартості лікування і реабілітації, які призводять до значних економічних збитків не лише з боку осіб перенесших ХСМТ, а й в загалі з державних бюджетів, актуалізується питання пошуку нових даних про можливості відновлення втраченої функції спинного мозку після його пошкодження [12, 16]. 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 спінальною травмою і можливостей відновлення функції пошкодженого спинного мозку залишаються невирішеними.

Особливості патології рухової системи у хворих із травматичною хворобою спинного мозку вимагають спеціалізованого методичного підходу як до питань відновлення втрачених функцій, так і до принципів розширення використання збережених [15]. Слід також наголосити на необхідності проведення максимально ранньої реабілітації [10, 14].

На перших етапах свого розвитку концепція реабілітації хворих та інвалідів виходила з ідей так званої фізичної медицини. Надалі вона була доповнена положеннями соціальної гігієни, психології, педагогіки, соціології та інших дисциплін. Існує багато визначень реабілітації, зокрема: «розвиток або поліпшення тих здібностей хворого, які можуть бути використані для його успішної соціальної і трудової діяльності поза лікарнею» [4]; «інтеграція індивідуума в суспільстві, при якій досягається більш ефективно і більш необхідне пристосування» [7]; «відновлення

хворого як людини (особистості) і як члена суспільства» [8]; «спеціальне поле медичної та соціальної активності» [1]; «спроба включення неповноцінного індивідуума в соціальне середовище, в якій виявиться можливим оптимальне додаток його залишкових здібностей» [9].

Термін «реабілітація» отримав останнім часом міжнародне визнання і поширення, так у 1980 році Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) сформулювала поняття «медична реабілітація» – це активний процес, метою якого є досягнення повного відновлення порушених внаслідок захворювання або травми функцій або оптимальна реалізація фізичного, психічного і соціального потенціалу інваліда найбільш адекватна інтеграція його в суспільстві. Реабілітаційна діяльність – це організовані взаємодії різних людей в процесі повсякденного виконання програми [5].

Отже, концепція реабілітації включає і профілактику, і лікування, і подальше після хвороби пристосування до життя і праці. Але реабілітація це не тільки вище перераховані напрями, це, перш за все, новий підхід до хворої людини.

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.

Отже, реабілітація осіб перенесших ХСМТ сьогодні представляє комплекс заходів, які включають в себе участь лікарів різних сфер – нейрохірургів, фізіотерапевтів, масажистів, психологів, психотерапевтів та інших. Тобто адаптація та реабілітація даної категорії пацієнтів на сьогодні набуває мультикомплексності переслідуючи єдину мету – по можливості максимально повно відновити втрачені функції у пацієнта, виходячи з наявних наслідків травми або захворювання, і проведеного лікування. Загалом, це не така легка на перший погляд робота, яка вимагає від пацієнта насамперед терпіння і наполегливості, а від лікарів – спеціальних навичок, реабілітаційного обладнання, тренажерів та іншої апаратури.

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. Тобто для нормальної реабілітації пацієнтів які перенесли 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.

#### Список використаних джерел:

1. Амон Г. Психосоматическая терапия / Г. Амон – 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.
3. Леонтьев М.А. Эпидемиология спинальной травмы и частота полного анатомического повреждения спинного мозга / М.А. Леонтьев // Актуальные проблемы реабилитации инвалидов. – Новокузнецк, 2011. – С. 37–38.
4. Напреенко О.К. Депресія та тривога. Профілактика в первинних структурах охорони здоров'я: [посібник для поліпшення якості роботи лікарів] / О.К. Напреенко // за ред. проф. І.П. Смірної. – К.: Здоров'я, 1999. – 165 с.
5. 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. – 174 с.
6. Поліщук М.Є., Корж Н.А., Фіщенко В.Я. Пошкодження хребта і спинного мозку (механізми, клініка, діагностика, лікування). – К.: Книга плюс, 2001. – 388 с.
7. 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.
8. Суслина З.А., Пирадов М.А., Домашенко М.А. Инсульт: оценка проблемы (15 лет спустя) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2014. – Т.114. – № 11. – С. 5–14.
9. Цветкова Л.С. Восстановление высших психических функций / Л.С. Цветкова. – М.: Академический проект, 2004. – 148 с.
10. 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.
11. Bamford J.A., Mushahwar V.K. Intraspinal microstimulation for the recovery of function following spinal cord injury // Brain Res. – 2011. – 194. – 227–239.
12. 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.

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

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

15. 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.

16. Hubli M., Dietz V. The physiological basis of neurorehabilitation – locomotor training after spinal cord injury // *J. Neuroeng. Rehabil.* – 2013. – 10. – 15–17.

### **Григор'єв Є.О.**

*Заслужений лікар України, кандидат медичних наук,*

*лікар-нейрохірург вищої категорії,*

*директор департаменту охорони здоров'я Одеської міської ради*

## **СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПОСТІНСУЛЬТНІ ДЕПРЕСІЇ**

Інсульт – це катастрофа, яка змінює життя пацієнта і членів його родини. Інсульт служить не тільки однією з основних причин смерті (поряд із серцево-судинними і онкологічними захворюваннями), а й часто стає причиною інвалідизації хворих. Внаслідок інсульту 15–30% хворих мають виражену і близько 40% – помірну інвалідність [5]. Щоб мінімізувати наслідки інсульту і попередити повторне порушення мозкового кровообігу, хворим доводиться постійно стежити за станом свого здоров'я, спостерігатися у лікаря, проходити обстеження, як правило, до кінця життя приймати ліки. Через втрати функцій нервової системи хворий буває змушений заново купувати базові навички – здатність ходити, розмовляти та обслуговувати себе. При важкому інсульті можливі глибокі зміни в сприйнятті себе і навколишнього світу. Відновлення колишньої працездатності після інсульту у більшості випадків проблематично. Тільки 10–20% хворих повертаються до праці після інсульту, 20–43% потребують стороннього догляду, у 33–48% спостерігаються явища геміпарезу, а у 18–27% – мовні порушення [6, 17]. Навіть якщо хворі виживають, то більш ніж у 50% з них не відбувається відновлення побутової незалежності [17]. Інсульт нерідко супроводжується важкими руховими, мовними розладами, які традиційно враховуються при оцінці тяжкості стану хворого і розглядаються як основні причини порушення працездатності і самообслуговування. У цих пацієнтів нерідко є когнітивні та психоемоційні порушення, які значно ускладнюють реабілітацію. При відсутності перспектив відновлення функцій таким хворим потрібні: догляд, профілактика повторного інсульту та ускладнень, пов'язаних з знерухомленістю стають причинами депресивних станів.

Розвиток депресії у хворого, який переніс інсульт, підвищує ризик смерті в найближчі роки. Спостереження 2400 пацієнтів з постінсультною депресією (ПІД) показало, що частота смерті у них протягом 3 років на 10% вище, ніж у хворих на інсульт без депресії [5]. Суїцидальні думки або дії відзначаються у 7–14% хворих на інсульт і асоціюються з перевагою депресій у осіб жіночої статті, виразністю інвалідності, вживанням алкоголю, молодим віком, когнітивними порушеннями тощо [8, 9]. Наявність депресії збільшує ризик розвитку повторного інсульту, інфаркту міокарда та ускладнень цукрового діабету, що пов'язано з патологією вегетативної нервової системи, прогресуванням атеросклерозу, посиленням агрегації тромбоцитів [8, 10].