

ОСОБЛИВОСТІ ЗАПРОВАДЖЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ: СУЧАСНИЙ СТАН В УКРАЇНІ

Дзигал О. Ф.

*доктор медичних наук, професор,
заслужений лікар України,
професор кафедри акушерства, гінекології та педіатрії
Міжнародний університет
м. Одеса, Україна*

Медична реабілітація, за визначенням комітету експертів ВООЗ, – це процес, метою якого є попередження інвалідності у період лікування захворювання та допомога хворому у досягненні максимально можливої фізичної, психічної, професійної, соціальної та фінансової повноцінності у разі розвитку інвалідності. Метою реабілітації є зменшення основних симптомів захворювання, профілактиці та лікуванні ускладнень, пов'язаних зі зниженням рухової активності, корекції функціональних порушень, пристосуванню до наявного неврологічного дефіциту, підвищенні толерантності до фізичних навантажень, поліпшенні якості життя, збільшенні соціальної активності, уповільненні, тощо.

В даний час спостерігається неухильне зростання кількості хворих з обмеженням функції ходьби та підтримкою вертикальної пози, що виникають внаслідок інсультів та інфарктів головного мозку, спинальних травм, ураження периферичних рухових нервів. Незважаючи на величезний науковий прогрес, за останнє десятиліття у теоретичних питаннях відновлення функції пошкодженого спинного мозку та отримання позитивних експериментальних результатів на тваринах, їх практичне використання у клініці практично відсутнє.

Вірне уявлення про наслідки хвороби має важливе значення для розуміння суті нейрореабілітації та визначення спрямованості реабілітаційних впливів. Нейрореабілітація – поняття, значно ширше, ніж просто сукупність методів та методик лікування хворого; нейрореабілітація включає у собі цілу систему державних, соціально-економічних, медичних, професійних, педагогічних, психологічних заходів, вкладених «як на відновлення чи збереження здоров'я, а й у можливо повніше відновлення (збереження) особистого й соціального статусу хворого чи інваліда».

Нейрореабілітація є розділом медичної реабілітації, яка як галузь науки започаткувалася у 1996 році в Ньюкаслі (Англія), де відбувся I-й міжнародний конгрес з основних аспектів неврологічної реабілітації. Дотепер подібні форуми проводяться регулярно, кожні три роки.

Нейрореабілітація на теперішній час є одним з перспективних напрямків сучасної медицини. Вона виходить за межі клінічної неврології, так як розглядає не тільки стан нервової системи при різних неврологічних захворюваннях, але і зміни функціональних можливостей людини в умовах розвитку хвороби. Фахівці різного профілю приймають участь в процесі відновлення порушених функцій: неврологи, фахівці у кінезіотерапії, фізіотерапевти, рефлексотерапевти, психологи, соціальні робітники.

Особливою категорією є хворі з травмами хребта різної тяжкості та локалізації, зважаючи на високий рівень інвалідизації, дороге лікування та реабілітацію, значні економічні збитки, що, безсумнівно, вимагає розробки та створення інноваційних технологій та методів відновлення втраченої функції спинного мозку. У реабілітації пацієнтів цієї категорії є низка невирішених питань, пов'язаних саме з неможливістю підтримки вертикальної пози і, відповідно, ходьби.

За рекомендаціями ВООЗ (, у всіх хворих, у тому числі і неврологічних, виділяють три рівні наслідків захворювання або травми. Перший – це рівень неврологічних пошкоджень, таких як двигун, порушення, що виявляються у клінічній картині захворювання хворого.

Другий рівень – це порушення функції, яких можуть призвести неврологічні ушкодження, наприклад, порушення ходьби, самообслуговування.

Третій рівень наслідків, включає порушення побутової та соціальної активності, що виникають внаслідок неврологічних ушкоджень та порушень функцій.

Систематичність реабілітації може бути забезпечена лише добре організованою поетапною побудовою реабілітаційного процесу. «Ідеальна» модель реабілітації хворих на гострі захворювання головного мозку включає наступне:

1-й етап – реабілітація починається в неврологічному (ангіоневрологічному) або нейрохірургічному відділенні, куди хворого доставляє бригада швидкої допомоги (у разі інсульту або черепно-мозкової травми) або він надходить у плановому порядку (у разі доброякісної пухлини мозку);

2-й етап – реабілітація у спеціалізованих реабілітаційних стаціонарах, куди хворого переводять через 3-4 тижні. після інсульту, черепно-мозкової травми; операції видалення гематоми, доброякісної пухлини, абсцесу, аневризми;

3-й етап – амбулаторна реабілітація в умовах районного чи міжрайонного поліклінічного реабілітаційного центру чи реабілітаційних відділень поліклініки чи відновлювальних кабінетів поліклініки.

Реабілітація рухових порушень включає такі методи:

- кінезотерапію (лікувальну фізкультуру);
- біоуправління зі зворотним зв'язком;
- лікувальний масаж;
- лікування положенням;
- нервово-м'язову електростимуляцію;
- фізіотерапевтичні методи (включаючи голкорексотерапію) при спастичності, артропатії, больових синдромах;
- побутову реабілітацію з елементами трудотерапії;
- ортопедичні заходи (при необхідності).

– реабілітація хворих з порушенням мовлення включає психолого-педагогічні заняття, що проводяться фахівцем з відновлення мови, читання, письма та рахунки, у ролі яких виступають логопеди-афазіологи, рідше – нейропсихологи.

У тому числі кінезітерапевта (фахівця з лікувальної гімнастики), спеціаліста з біоуправління зі зворотним зв'язком, масажиста; голкорексотерапевта; інструктора з побутової реабілітації (ерготерапевта); нейроуролога; соціолога; реабілітаційну медсестру.

З фундаментальної точки зору реабілітаційні заходи тісно сприяють саногенетичним механізмам, головним з яких є:

– Адаптація – активний процес пристосування до оточуючого середовища, спрямований на формування і збереження можливого оптимального балансу між суб'єктом і оточуючим середовищем. В основі адаптації – нормалізація функціонування гомеостатичного трикутника – імунейроендокринної системи.

– Реактивність – витривалість організму до дії патогенетичних факторів.

– Резистентність – активізація функцій збереженої частини ураженої тканини чи органу, інших органів, що функціонально споріднені до ураженого органу.

Таким чином, комплексна реабілітація є невід'ємною частиною терапії пацієнтів з захворюваннями нервової системи. Успішний результат лікування, максимально повне відновлення втрачених функцій організму залежить від своєчасного початку та вірного вибору реабілітаційних програм. Зрозуміло, що теперішнім часом, зважаючи на тривалу масштабну агресію ворога та значну кількість постраждалих військовослужбовців та мирних осіб, питання нейрореабілітації постають одними з найважливіших в плані найскорішого та якісного одужання пацієнтів та повернення військовослужбовців в стрій. Необхідні фахівці для

проведення подібного роду реабілітаційних мироприємств при ураженні нервової системи є. Потрібна лише організаційна та незначна фінансова допомога від держави для повноцінного становлення цієї галузі медицини.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-559-7-34>

ПОЛІМОРБІДНІСТЬ ПРИ ЕРОЗИВНІЙ ФОРМІ ОСТЕОАРТРОЗУ СУГЛОБІВ КИСТЕЙ

Єфременкова Л. Н.

*доктор медичних наук,
завідувач кафедри внутрішніх хвороб,
Міжнародний університет
м. Одеса, Україна*

Рудой Д. О.

*аспірант кафедри внутрішніх хвороб
Міжнародний університет
м. Одеса, Україна*

Остеоартроз (ОА) – хронічна артропатія, що характеризується ушкодженням і потенційною втратою суглобового хряща поряд з іншими змінами, включаючи гіпертрофію суглобових поверхонь (остеофіти і склероз кісток), до якої може приєднуватись запальний компонент [1–3]. Наявність запалення пов'язують з ушкодженням сполучної тканини, вивільненням під час цього процесу антигенних детермінант фрагментів колагену, до яких немає імунологічної толерантності, синтез аутоантитіл імунною системою, яка знаходиться в гіперактивному стані, і виникнення інтенсивного запального процесу в суглобах. Інтенсивне запалення призводить до розвитку ерозій суглобових поверхонь, швидкого прогресування і деформації суглобів кистей. Така форма ОА є більш рідкісною, ніж форма, що характеризується повільним перебігом з формуванням остеофітів (вузлів Гебердена і Бушара).

Ще одною характерною рисою ОА є поліморбідність – наявність у одного пацієнта ще декількох хвороб. Цей факт може бути обумовлений похилим віком пацієнтів. Причому, для ерозивного ОА поліморбідність також характерна.

Спостерігали за 10 хворими на ерозивну форму ОА суглобів кистей, всі хворі – жінки, середній вік $61,1 \pm 0,7$ року. Обстеження включало оцінку