

ПРОБЛЕМА МЕДИЧНОЇ І ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ ТРАВМАТИЧНИМ УШКОДЖЕННЯМ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК

КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня № 31»

Розглянуто проблему змісту та організаційних форм медичної і психологічної реабілітації хворих із травматичним ушкодженням верхніх кінцівок. Зроблено висновок про необхідність підготовки засад психологічної реабілітації зазначеного контингенту хворих.

Ключові слова: психологічна реабілітація, медична реабілітація, травма верхніх кінцівок.

Травматичні ушкодження верхніх кінцівок є однією із найсерйозніших медико-соціальних проблем внаслідок стійкості та глибини змін соціального статусу хворого. Актуальність проблеми визначається частотою травм, що становлять від 26 до 145 випадків на 1 млн населення, збільшенням числа інвалідів: щороку на 5–6 тис. осіб найбільш працездатного (45 років) середнього віку [1].

Травми кінцівок поділяють на ушкодження м'яких тканин, суглобів та переломи кісток. Відзначають, що в кожному п'ятому-шостому випадку травма кисті та пальців ускладнена порушенням цілісності функціонально значущих структур — сухожилів, нервів, кісток, суглобів. Дотепер залишається високою (до 30%) кількість незадовільних результатів лікування таких хворих, а первинна інвалідність після травм кисті сягає 11,1–13,0%. Поширеність цієї патології, тривалі терміни тимчасової непрацездатності, високий рівень інвалідації призводять до величезних економічних втрат, яких зазнає суспільство. Тому реабілітація хворих із патологією кисті є важливою медико-соціальною проблемою, від успішного вирішення якої залежать такі важливі економічні показники, як збереження трудового потенціалу країни, скорочення витрат на пенсійне забезпечення у зв'язку з інвалідністю [1].

Травми верхніх кінцівок становлять 92,2% у структурі травм сухожилів, із них більше половини припадає на ушкодження згиначів пальців кисті. Незважаючи на значні успіхи хірургії сухожилів у цілому, незадовільні результати після відновлення згиначів відзначаються у 3–18% ізольованих ушкоджень сухожилів та 38–62% випадків при поєднанні з травмою кисті, що зумовлено стійкою тенденцією до збільшення її тяжкості, а також недостатнім та неякісним лікуванням. На сьогодні розроблено чимало програм відновлення пацієнтів після ушкоджень кисті, які включають передопераційну підготовку та післяопераційну реабілітацію, але кожна з них не вирішує цілого

ряду проблем, що існують до та залишаються після травми (гіпотрофія м'язів ураженої кінцівки, контрактури, біль, рубці). А оцінка ефективності амбулаторно проведеної лікувальної фізкультури (ЛФК) не може слугувати абсолютним показанням до хірургічної мобілізації через те, що часто не відображає реального ступеня рубцевих змін. Треба враховувати, що результат лікування великою мірою також залежить і від самого пацієнта. У випадках недостатньої мотивації хворого навіть у разі правильно проведеного хірургічного лікування можна отримати незадовільний функціональний результат [2, 3].

Останніми роками у літературі досить активно обговорюється питання комплексного застосування реабілітаційних заходів для відновлення після травм кисті. Разом із тим аналіз виявив, що як методологічні, так і методичні підходи до реабілітації хворих після ушкодження сухожилів розроблено недостатньо, а інформація про ці методи не має системного характеру. При цьому більше уваги приділяється методам і засобам суто медичної або навіть фізичної реабілітації [4–6]. Проте реабілітація осіб з ушкодженням кисті повинна відрізнятися індивідуальним підходом і враховувати можливості використання резервів функції кисті, що неможливо без приєднання потужного відновлювального психологічного ресурсу хворого, активація якого — завдання психологічної реабілітації [7].

Правильно організована реабілітація в стаціонарі, поліклініці, реабілітаційних центрах дає змогу створити оптимальні індивідуальні умови для повернення потерпілих, хронічних хворих, інвалідів до активного суспільного життя [8–10]. На стаціонарному лікуванні, а в подальшому й на поліклінічному важливе значення має соціальна та соціально-психологічна реабілітація, спрямована на формування у потерпілого (хворого) усвідомлення можливостей повернення до професійної роботи або необхідності перепрофілювання,

а також здатності до самообслуговування. Лікаря-реабітологу необхідно виявляти усі резервні можливості потерпілого (хворого) і максимально розвинути їх, щоб той отримав здатність бути активним учасником суспільного життя.

Перший період — іммобілізаційний, він продовжується до утворення кісткового мозоля і зняття іммобілізації. У цей час виконуються завдання: попередження пневмонії, тромбозу, пролежнів, трофічних розладів, атрофії м'язів, контрактур, остеопорозу, стимуляція регенеративних процесів, навчання прикладних і побутових навичок самообслуговування.

Другий період — постіммобілізаційний, починається від моменту утворення первинного кісткового мозоля до зняття іммобілізації чи заміни її на часткову. У хворого можуть спостерігатися атрофія м'язів, тугорухливість суглобів, що підлягали іммобілізації, контрактура, послаблення м'язової сили, порушення координації рухів, зниження функції органів і систем організму. В цей період основною метою є відновлення функцій кінцівки і загального стану організму, серед його завдань — відновлення амплітуди рухів в ушкодженій кінцівці, усунення тугорухливості і контрактур, зміцнення м'язів.

Головна задача реабілітації — раннє повернення потерпілих до суспільно активного життя. На її успішне розв'язання спрямована робота медичного персоналу як у стаціонарі, так і спеціальних центрах реабілітації, де проводиться не тільки відновне функціональне лікування, але й у разі потреби — адаптація до наявного стану, перенавчання та працевлаштування.

Як відомо, процес реабілітації є комплексним, і всі його види органічно пов'язані між собою, доповнюють один одного. Особливо тісно взаємодіють психічний і фізичний види реабілітаційних впливів.

Дійсно, засоби медичної реабілітації, відновлюючи рухову активність пацієнта, здатні поліпшити і його психічний стан; засоби психологічної реабілітації — збільшити можливості самообслуговування, знизити психічну напруженість хворого, підвищити його соціальний статус.

Відновлювальне лікування запускає спочатку у дію компенсаторні механізми, поліпшує функції кінцівок. Провідне місце у реабілітаційному лікуванні множинних переломів займає нормалізація функції суглобів. Своєчасне застосування ЛФК є запорукою профілактики посттравматичних контрактур суглобів верхніх і нижніх кінцівок. Раннє виконання хворим комплексу фізичних вправ із уведенням уявних ідеомоторних рухів у суглобах, механотерапія у відновному періоді стимулюють регенеративні процеси, знижують м'язову

атрофію, тугорухливість у суглобах та скорочують терміни її ліквідації.

Індивідуальний комплекс фізичних вправ і лікувальної гімнастики є важливим додатковим фактором, який необхідно використовувати в інтересах найкоротшого відновлення працездатності при реконструктивно-відновлювальних операціях на кисті. Рання рухова активність хворих підвищує тонус кистякових м'язів, ліквідує функціональні контрактури, прискорює відновлення функції гепатобіліарної системи, шлунково-кишкового тракту, сечовивідних шляхів, поліпшує лімфо- і кровообіг. Уведення в практику принципу ранньої рухової активності знижує частоту розвитку метеоризму і парезів кишечника. Застосування лікувальної гімнастики в період відновлювального лікування потерпілих із множинними діафізарними переломами довгих кісток кінцівок підсилює окислювально-відновні процеси в організмі. Значення фізичних чинників у комплексі з лікувальною фізкультурою є загально визнаним.

Використовуючи підходи психологічної реабілітації, насамперед прийоми «малої психотерапії», медичний персонал підвищує мотивацію хворого до виконання фізичних вправ, переконує його в можливості компенсувати за допомогою ЛФК і масажу втрачені рухові функції і тим самим домагається його свідомого ставлення до занять ЛФК.

Повноцінний комплекс реабілітаційних заходів може здійснюватися лише при активному залученні хворого в реабілітаційний процес.

Реабілітація не повинна закінчуватися після виписування потерпілого (хворого) зі стаціонару, а має продовжуватися в поліклінічних умовах до досягнення кінцевого результату.

Лікар зобов'язаний розуміти психологічний стан хворого, який унаслідок нещасного випадку або хвороби порушив стереотип свого життя і певною мірою втратив функціональні можливості. Отже, після виходу з критичного стану перед ним постає проблема відновлення здоров'я, функціональних можливостей, сили, витривалості та працездатності м'язів, духовних сил. І завдання лікаря — не дати потерпілому (хворому) зануритись у депресію, зневіру, а вселити в нього надію на повернення до активного життя, самообслуговування. При цьому необхідно підвести пацієнта до самокритичного усвідомлення свого стану і переконати в необхідності напружених тривалих зусиль для відновлення працездатності або самоактивності в побуті, сім'ї. Байдужість, пасивність, відсутність у пацієнта бажання трудотерапії вказують на необхідність призначення йому серйозної психологічної реабілітації.

Після подолання гострої стадії ушкодження, хвороби, закінчення післяопераційного періоду

реабілітація стає провідним чинником у поверненні пацієнтів до активного життя. На цьому етапі важливим елементом медико-психологічної реабілітації стає трудотерапія, що використовує лікувальні та професійні чинники.

Трудотерапія — це не тільки активний лікувальний метод відновлення ушкодженої чи втраченої частини апарату опори й руху, а й ефективний психологічний засіб, який дає надію на повернення хворого (потерпілого) до активного життя. Виділяють такі форми трудотерапії:

1) тонізуюча — спрямована на відновлення зацікавленості хворого в поверненні до активного життя;

2) відновна — враховує інтереси і фах хворих, тяжкість ураження апарату опору та руху, ЦНС, спрямована на відновлення необхідних функціонально-фахових робочих дій;

3) орієнтовна — з урахуванням стану хворого, ступеня ураження апарату опори та руху спрямована на оволодіння ним новим профілем роботи, фахом;

4) продуктивна — остання фаза загального лікування і повернення пацієнта до праці.

Трудотерапія призначається лікарем відповідно до фізичних та психічних можливостей пацієнта, при цьому слід не допускати перевтоми і призначення непосильних завдань.

Отже, на сьогодні у комплекс медичної реабілітації при ушкодженнях верхніх кінцівок входять такі методи і способи:

- медикаментозне лікування;
- оперативне відновне лікування, що включає в себе реконструктивно-відновні та пластичні операції;

- фізичні методи та способи лікування: електrolікування (ампліпульстерапія, гальванізація, дарсонвалізація, діадинамотерапія, індуктотермія, КВЧ-терапія, магнітотерапія, електростимуляція, електросон, електрофорез, УВЧ-терапія та ін.), світлолікування (інфрачервоне опромінення, лікування ультразвуком, ультрафіолетове опромінення та ін.), водо- та бальнеотерапія (ванни, душі, лікування мінеральними водами та водами з різними добавками, обливання), теплолікування (грязьові аплікації і ванни, парафінолікування, озокеритолікування), інгаляційна терапія (аерозоль- і аеріотерапія та ін.), лазеротерапія, в тому числі лазерна та акупунктура, оксигенотерапія тощо;

- ЛФК;
- механотерапія;
- мануальна терапія;
- масаж;
- лікування за допомогою дієти;
- різні методи голкорексотерапії, в тому числі й рефлексотерапія;

- гомеопатичне лікування;

- протезно-ортопедична допомога, до якої входить великий комплекс відновного (оперативного та консервативного) лікування, забезпечення хворих та інвалідів різними протезно-ортопедичними виробами: протези — пристрої, що заміщують відсутню частину кінцівки або іншої частини тіла і служать для заповнення анатомічного і косметичного дефекту; ортези — пристрої, які надаються на частину опорно-рухового апарату для покращання його функції, розвантаження і відновлення порушених функцій (бандаж, корсет, обтуратор, реклінатор, тугор, шина тощо); ортопедичне взуття — спеціальне взуття, призначене для корекції анатомічних і функціональних порушень унаслідок захворювань або травм верхніх кінцівок.

Комплекс засобів психологічної реабілітації осіб із травматичним ушкодженням верхніх кінцівок включає:

- медико-психологічну допомогу (групова та індивідуальна психокорекція, раціональна, соціальна, поведінкова терапія, аутогенне тренування, заняття з близьким мікросоціальним оточенням (сім'я, близькі родичі, друзі тощо) з метою навчання правильного та спеціального спілкування з хворим тощо);

- різні соціально-психологічні методи лікування: трудотерапія, терапія зайняттю, терапія соціальним середовищем та ін.

Ці обидва види реабілітації спрямовані саме на активну участь хворого у процесі реабілітації. Найефективнішими діючими психологічними засобами є психокорекція, що повинна пронизувати всі ланки лікувальної допомоги хворому, аутогенне тренування, психогімнастика, ігрова терапія, сімейна психотерапія. Ще більш тісна взаємодія зазначених видів реабілітації відбувається на заняттях із психогімнастики, кожне з яких включає психогімнастику, вправи, спрямовані на тренування емоційної сфери, вибір сюжетів, ролей для пантоміми, розігрування сцен.

ЛФК — медико-психологічний фактор, що стимулює загальний тонус нервової системи хворого, і отже, має важливе значення для оптимізації відновлювального лікування, яке вимагає мобілізації вольових і фізичних зусиль пацієнта, а також його впевненості в успіху. Це комплекс органічно взаємозалежних впливів, що активізують діяльність різних сторін організму, підвищують компенсаторні функції та сприяють адаптації хворого в умовах соціального середовища.

Таким чином, взаємодія методів медичної і психологічної реабілітації — найважливіший фактор для підвищення ефективності процесу реабілітації хворих із реконструктивно-відновлювальною

операцією на кисті внаслідок взаємної індукції позитивних впливів.

До того ж проблема психологічної реабілітації хворих із наслідками травм апарата верхніх кінцівок є недостатньо вивченою темою в медичній психології. Реформи в галузі медичного обслуговування призвели до затяжної кризи у цій сфері і відсунули на задній план дослідження, пов'язані з вивченням особистості хворого, який переніс тяжку травму і потребує психологічної реабілітації. Досі лікарі приділяють вкрай мало уваги вивченню внутрішньої картини хвороби, тоді як виходячи з моністичного уявлення про організм, що пояснює нерозривний зв'язок психічних і соматичних процесів, і із сучасних даних про вплив психотравмуючих чинників на перебіг вегетативних процесів організму, це питання має бути розглянуто всебічно. Такого підходу вимагають як інтереси хворих, так і інтереси вітчизняної охорони здоров'я.

Список літератури

1. Бутко К. М. Розлади адаптації та їх психотерапевтична корекція у осіб, які перенесли реконструктивно-відновлювальні операції на кисті / К. М. Бутко // Укр. вісн. психоневрології.— 2014.— Т. 22, вип. 2 (79).— С. 159–162.
2. Мороз С. М. Инвалидность как хроническая психотравмирующая ситуация / Б. В. Михайлов, С. М. Мороз // Архив психиатрии.— 2008.— Т. 14, № 2 (53).— С. 4–8.
3. Мороз С. М. Этапность психолого-психотерапевтической помощи инвалидам в соответствии с индивидуальной программой реабилитации / Б. В. Михайлов, С. М. Мороз // Журн. психиатрии и медицинской психологии.— 2009.— № 2 (22).— С. 114–117.
4. Золотарева Т. А. Медицинская реабилитация / Т. А. Золотарева, К. Д. Бабов.— К: КИМ, 2012.— 496 с.
5. Медична і соціальна реабілітація: підручник / В. Б. Самойленко, Н. П. Яковенко, І. О. Петряшев [та ін.].— К.: Медицина, 2013.— 463 с.
6. Медицинская реабилитация: учеб. для студентов и врачей; под общ. ред. В. Н. Сокрута, Н. И. Яблчанского.— Славянск: Ваш имидж, 2015.— 620 с.
7. Блінов О. А. Методика прогнозування психогенних втрат: метод. посіб. / О. А. Блінов.— К.: ВГІ НАОУ, 2003.— 36 с.
8. Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах: метод. посіб.; за ред. К. Д. Бабова [та ін.].— К.: Калита, 2014.— 92 с.
9. Реабілітація постраждалих в умовах надзвичайних ситуацій та бойових дій. Посттравматичний стресовий розлад; за ред. К. Д. Бабова [та ін.].— Одеса, 2015.— 240 с.
10. Медико-психологічна реабілітація учасників АТО і тимчасово переміщених осіб: метод. рек. / О. В. Галацан [та ін.].— Харків, 2016.— 27 с.

ПРОБЛЕМА МЕДИЦИНСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

К. М. БУТКО

Рассмотрена проблема содержания и организационных форм медицинской и психологической реабилитации больных с травматическим поражением верхних конечностей. Сделан вывод о необходимости подготовки основ психологической реабилитации данного контингента больных.

Ключевые слова: психологическая реабилитация, медицинская реабилитация, травма верхних конечностей.

THE PROBLEM OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF PERSONS WITH TRAUMATIC LESIONS OF THE UPPER EXTREMITIES

K. M. BUTKO

The problem of content and organizational forms of medical and psychological rehabilitation of patients with traumatic lesions of the upper extremities is discussed. It is concluded about the need to develop the principles of psychological rehabilitation of this group.

Key words: psychological rehabilitation, medical rehabilitation, trauma of the upper extremities.

Надійшла 04.04.2016