

PACIENTŲ PO NUGAROS SMEGENŲ PAŽEIDIMO REABILITACIJOS POKYČIAI

JUDITA DARATIENĖ
Palangos reabilitacijos ligoninė

Raktažodžiai: *nugaros smegenų pažeidimas (NSP), reabilitacijos komanda, tarptautinė nugaros smegenų pažeidimo klasifikacija (ASIA), pacientai po nugaros smegenų pažeidimo.*

Santrauka

Siekiant užtikrinti reabilitacijos organizavimą bei gydymo kokybę pacientams po neurokomplikuotų stuburo traumų, reabilitacija vykdoma pagal individualiai sudarytą reabilitacijos planą. Paslaugos teikiamos reabilitacijos specialistų grupės (toliau – reabilitacijos komanda). Reabilitacijos metu užtikrinama paciento gyvybinės funkcijos, gerinamos judėjimo bei apsitarnavimo funkcijos; užtikrinama slaugos kokybė esant dubens organų veiklos sutrikimui, prižiūrima oda, sprendžiamos socialinės, psichologinės problemos, vykdoma profesinė reabilitacija. Reabilitacijos paslaugos pradedamos teikti nuo pirmos gydymo stacionare dienos. Dažniausiai gydomi pacientai po kaklo srities pažeidimo. Didžioji dalis pacientų po NSP yra jauno darbingo amžiaus. Vyrų nugaros smegenų pažeidimą patiria daugiau nei moterų. Atsiradę psichologiniai bei socialiniai pokyčiai po šių traumų ženkliai paliečia ir šių pacientų šeimas. Ilgai užsitęsia tokių pacientų mobilizacija į visuomenę. Pacientų po nugaros smegenų pažeidimo reabilitacija vyksta pagal ligoninėje 2010 m. patvirtintą reabilitacijos ir slaugos standartą. Nuo skiriamų pavienių reabilitacijos metodų 1992 m., nuo 2005 m. reabilitacija PRL apima ne tik medicininę, bet ir socialinę bei profesinę reabilitaciją. Straipsnyje analizuojama pacientų po NSP reabilitacijos pokyčiai Palangos reabilitacijos ligoninėje 1999 - 2009 metais.

ĮVADAS

Pacientų po nugaros smegenų pažeidimo reabilitacija Palangos reabilitacijos ligoninėje prasidėjo nuo 1992 metų. Viena iš ligoninės vystymosi krypties buvo pasirinkta sunkių ligonių reabilitacija. Lietuvoje tuomet viešėjęs Mičigano universiteto profesorius dr. W. Waring su Ame-

rikos neįgaliaisiais pasiūlė imtis tuomet dar nežinomos Lietuvoje reabilitacijos krypties - reabilitacijos pacientams po nugaros smegenų pažeidimo. 1992 m. buvo pritaikyta pirmoji dvivietė palata pacientams po nugaros smegenų pažeidimo, judantiems vežimėliu, buvo stacionarizuoti pirmieji pacientai po neurokomplikuotos stuburo traumos. 1994 metais įrengtos 6 palatos pacientams po nugaros smegenų pažeidimo. 1994 ir 1995 metais gydėsi 74 (atitinkamai 28 ir 46) pacientai po NSP. Neurologijos skyriaus gydytojai aktyviai domėjosi reabilitacijos metodikomis pacientams po NSP. PRL glaudžiai bendradarbiavo su kolegomis iš Šveicarijos Notvilio reabilitacijos centro, Danijos Viborgo ligoninės reabilitacijos skyriaus, JAV Milvokio ligoninės spinalinių ligonių reabilitacijos specialistais bei kitais specialistais, atvykstančiais edukacijos tikslais į PRL. Ligoninės specialistai tapo tarptautinės Nugaros smegenų pažeidimo gydytojų asociacijos nariais. 1999 metais ligoninėje atidarytas naujas 35 vietų reabilitacijos skyrius po neurokomplikuotų stuburo traumų, visiškai pritaikytas pacientams su judėjimo negalia. Ligoninėje diegiamos naujos technologijos, leidžiančios siekti maksimalių reabilitacijos rezultatų pacientams po NSP, tokios kaip naujos kartos kompiuterizuotos vertikalizacijos sistemos, mechanoterapijos treniruokliai, ultragarsiniai liekamojo šlapimo matuokliai ir kt.

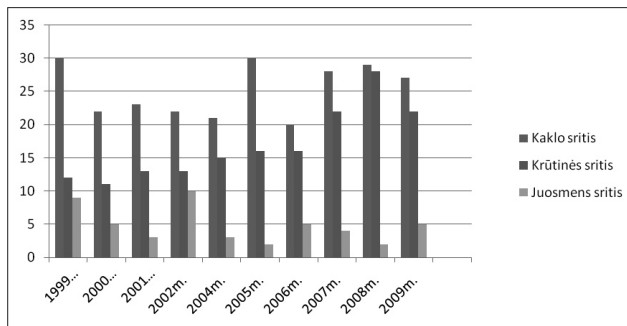
Darbo tikslas: išnagrinėti pacientų po nugaros smegenų pažeidimo reabilitacijos pokyčius Palangos reabilitacijos ligoninėje.

TYRIMŲ OBJEKTAS IR METODAI

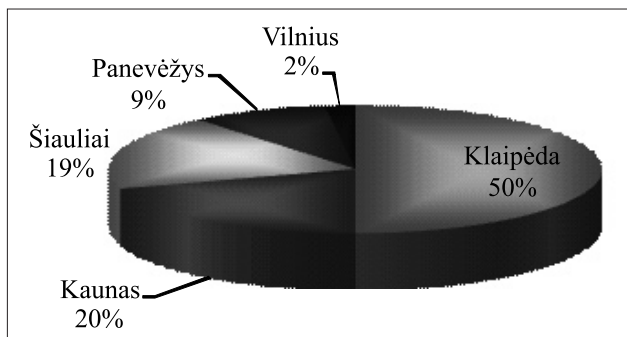
Analizuojant 1999-2009 pacientų po NSP ligos istorijas, nustatyta, kad per šį laikotarpį PRL gydėsi 468 pacientai po NSP. Pacientų skaičiaus pokyčiai nuo 1999 iki 2009 m. pavaizduoti 1 paveiksle. Nėra tikslaus registro, koks skaičius šių pacientų yra Lietuvoje.

Pacientai po neurokomplikuotų stuburo traumų į PRL atvyksta iš 5 neurochirurgijos skyrių. Pacientų atvykimas į PRL pavaizduotas 2 paveiksle.

Nugaros smegenų pažeidimo priežastis galima suskirstyti į trauminę ir netrauminę. Pastarosios – tai įvairios kilmės augliai, kraujotakos sutrikimai, degeneraciniai pakitimai, demielinizuojančios NS ligos ir kt. Trauminės



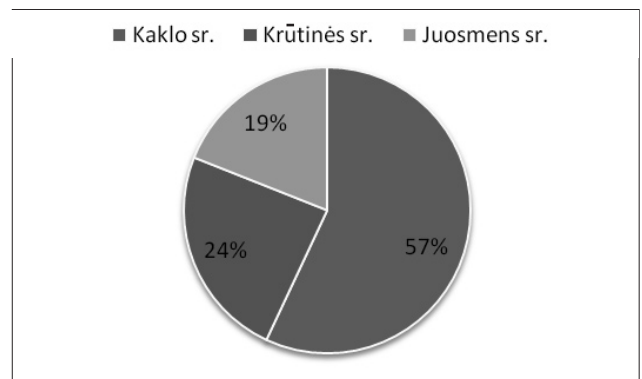
1 paveikslas. Gydytų pacientų po NSP skaičiaus kitimas 1999 – 2009 metais PRL.



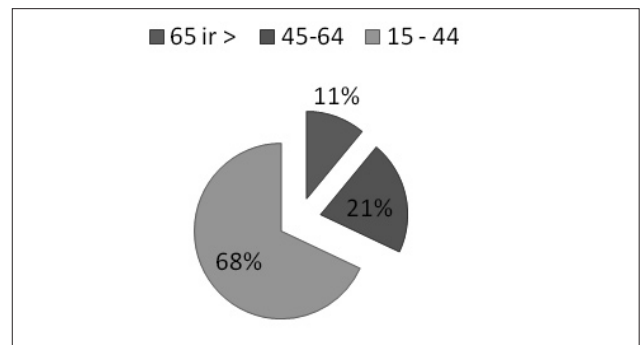
2 paveikslas. Spinalinių ligonių atvykimas rehabilitacijai iš įvairių Lietuvos neurochirurgijos skyrių.

kilmės pažeidimas - tiesioginio nugaros smegenų suspaudimo ar kraujotakos sutrikdymo pasekmė. Pagrindinės nugaros smegenų pažeidimo trauminės priežastys : eismo įvykiai, nėrimas, kritimas iš aukščio, durtiniai, šautiniai pažeidimai, kitos priežastys.

Nugaros smegenų sužalojimo metu pažeidžiamas stuburo struktūrų vientisumas bei sukeliama įvairaus laipsnio funkcinė ir morfologinė nugaros smegenų bei nugarinių nervų šaknelių pokyčių, dėl to žemiau pažeidimo vietos išnyksta jutimai, judesiai, sutrinka dubens organų funkcija, audinių trofika. NS pažeidimo pobūdis, priklausomai nuo neurologinio deficito bei anatominė charakteristikų, išskiriamas į keletą lygių: kaklo srities pažeidimas, krūtinės srities pažeidimas, juosmens srities pažeidimas, arklio uodegos pažeidimas. Stuburo sužalojimo įvertinimui svarbūs judėjimo, jutimo ir refleksų tyrimai, tačiau prognozuojant ilgalaikę funkcijos atsistatymą bei nepriklausomumą kasdieniauose darbuose svarbiausia įvertinti raumenų funkciją. Sužalojimo lygis paprastai klasifikuojamas pagal žemiausiai esantį nepažeistą ir normaliai funkcionuojantį motorinį segmentą. Nuo 1992 metų visuotinai naudojama Amerikos nugaros smegenų pažeidimų asociacijos ir tarptautinės paraplegijos draugijos (ASIA/IMSOP) su-



3 paveikslas. Gydytų spinalinių ligonių pasiskirstymas pagal pažeidimo lokalizaciją.



4 paveikslas. Gydytų spinalinių ligonių pasiskirstymas pagal pažeidimo amžių.

darytais tarptautiniais nugaros smegenų neurologinio ir funkcinio sužalojimo klasifikavimo standartais (Scancker, 2000). Sužalojimo laipsnis pagal Amerikos nugaros smegenų sužalojimo asociacijos įvertinimo skalę: A. Visiškas sužalojimas – nėra jutimų ir motorinės funkcijos žemiau pažeidimo lygio, S4–S5 segmentų srityje nėra jutimų nei valingų judesių. B. Dalinis sužalojimas – žemiau neurologinio sužalojimo lygmens ir S4–S5 segmentų srityje yra išlikę jutimai, bet neišlikusi motorinė funkcija. C. Dalinis sužalojimas – žemiau neurologinio sužalojimo lygmens yra išlikusi motorinė funkcija, ir daugumos raktinių raumenų pajėgumas vertinamas mažiau nei 3 balais. D. Dalinis sužalojimas – žemiau neurologinio sužalojimo lygmens yra išlikusi motorinė funkcija, raktinių raumenų jėga didesnė arba lygi 3 balams. Pacientų po NSP gydymo trukmė ASIA A,B, C 100 dienų, ASIA D 24 dienos. Palangos rehabilitacijos ligoninėje vyrauja pacientai po kaklo srities pažeidimo. 3 paveiksle parodytas pacientų pasiskirstymas pagal pažeidimo lokalizaciją.

Iš analizės duomenų matoma, kad didžioji dalis pacientų po nugaros smegenų pažeidimo yra jauno darbingo amžiaus (4 paveikslas), vyrai nugaros smegenų

pažeidimą patiria daugiau nei moterys (5 paveikslas).

Daugeliui pacientų po NSP ankstyvajame periode atsiranda įvairios komplikacijos. Dažniausia komplikacija – uroinfekcija (6 paveikslas).

Reabilitacijos tikslas - sutrikusių biosocialinių funkcijų atstatymas arba kompensavimas pacientams po neurokomplikuotos stuburo traumos. Nuo skiriamų pavienių reabilitacijos metodų 1992 m., tokių kaip fizioterapija, kineziterapija, medikamentinė terapija, buvo pereita prie kompleksinės medicininės bei socialinės reabilitacijos. O nuo 2005m reabilitacija PRL apima ne tik medicininę ir socialinę, bet ir profesinę reabilitaciją.

Reabilitacija vyksta komandinio darbo principu. Pagrindinės reabilitacijos kryptys: medicininė reabilitacija - medikamentinis gydymas, kineziterapija, ergoterapija, psichoterapija, ortopedijos įtarų pritaikymas; socialinė reabilitacija - gyvenamos aplinkos pritaikymas, laisvalaikio užimtumo terapija, kompensacinės technikos pritaikymas; profesinė reabilitacija - ligininėje nuo 2005 metų įkurtas profesinės reabilitacijos departamentas, kuriame pacientai turi galimybę lankyti neformalų mokymą bei įgyti naujus darbinius įgūdžius; aktyvi reabilitacija - vykdoma tik mūsų ligininėje. Vieną kartą per ketvirtį į ligininę atvyksta visuomeninės neįgalųjų aktyvios reabilitacijos mokymo instruktoriai, patys turintys keleto ar keliolikos metų vežimėlyje patirtį, kuria dalijasi su ligininės pacientais.

Paslaugos teikiamos reabilitacijos specialistų grupės. Reabilitacijos komandos sudėtis: Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas; slaugytoja; kineziterapeutas; ergoterapeutas; psichologas arba psichoterapeutas; socialinis darbuotojas; kiti reikalingi pagal situaciją specialistai: ortopedas, logopedas ir kt.

Kiekvienam pacientui sudaromas individualus reabilitacijos planas. Reabilitacijos planą sudaro reabilitacijos komanda aptarimo metu. Reabilitacijos komandos aptari-

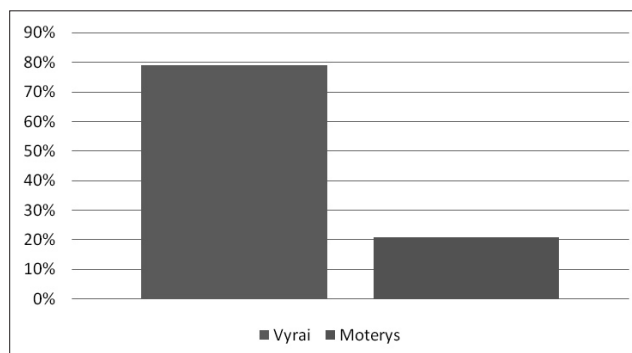
mai ir naujos reabilitacijos programos svarstymas vyksta kartą per mėnesį. Iškilus neaiškumams dėl sveikatos būklės ar gydymo tęstinumo, organizuojamas konsiliumas.

Reabilitacijos laikotarpis skirstomas į III etapus, kurie skiriasi savo uždaviniais bei taikomomis priemonėmis.

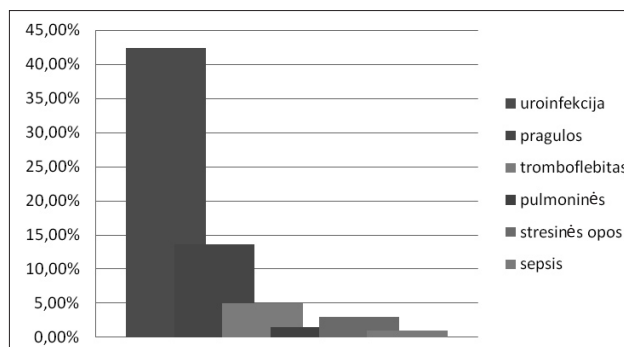
I etapas (ligoniui atvykus). Jo metu pacientas adaptuojasi skyriuje. Vertinama bendra paciento būklė: somatinės būklės įvertinimas; neurologinės būklės įvertinimas; pažeidimo sunkumo įvertinimas pagal ASIA klasifikaciją; lokomotorinės funkcijos įvertinimas; savarankiškumo įvertinimas pagal Barthel'io indeksą; individualiai skiriama dieta, režimas, būtini laboratoriniai ir funkciniai tyrimai. Slaugos problemų įvertinimas ir slaugos plano sudarymas. Pradedama individuali kineziterapija. Pradedama individuali ergoterapija. Psichologinės būklės įvertinimas. Skiriamos fizioterapinės procedūros. Taikoma medikamentinė terapija, kurios tikslas užkirsti kelią tromboflebitams, nuskusminti, skatinti kraujotaką, užtikrinti pakankamą miegą, koreguoti gretutines lėtines ligas ar esančias komplikacijas (uroinfekciją, pragulas, pneumoniją, hipovolemiją, cukrinį diabetą, anemiją, arterinę hipertenziją, širdies nepakankamumą, ritmo ir laidumo sutrikimus, bronchinę astmą).

II etapas. Šiuo laikotarpiu pacientas aktyvuojamas, pradedamas paciento bei jo artimųjų mokymas, skiriamos reabilitacijos priemonės, padedančios maksimaliai atstatyti prarastą judėjimo ir apsitarnavimo funkciją, stiprinančios raumenų jėgą, nuskusminančios, stimuliuojančios dubens organų funkciją. Įtraukiamos kompensacinės judėjimo ir apsitarnavimo priemonės. Sprendžiamos kylančios psichologinės problemos. Reabilitacijos programos intensyvumas priklauso nuo paciento bendros būklės bei gydytųjų neurochirurgo nurodymų.

Vertinamas paciento būklės kitimas: somatinės būklės įvertinimas; neurologinės būklės įvertinimas; pažeidimo sunkumo įvertinimas pagal ASIA klasifikaciją; lokomoto-



5 paveikslas. Gydytų spinalinių ligonių pasiskirstymas pagal lytį.



6 paveikslas. Komplikacijų dažnis po ūmaus nugaros smegenų pažeidimo.

rinės funkcijos įvertinimas; savarankiškumo įvertinimas pagal Barthel'io indeksą; vertinamas dienos režimo kitimas, skiriami būtini laboratoriniai ir funkciniai tyrimai. Slaugos problemų įvertinimas ir slaugos plano sudarymas. Tęsiama individuali kineziterapija. Tęsiama individuali ergoterapija. Psichologinės būklės įvertinimas ir korekcija; socialinio darbuotojo konsultacija ir poreikių nustatymas. Reikalingų techninių priemonių pritaikymas, ortopedinių įtvarų pritaikymas. Skiriamos fizioterapinės procedūros. Taikoma medikamentinė terapija, kurios tikslas užkirsti kelią trombembolijai, nuskausminti, skatinti kraujodarą, užtikrinti pakankamą miegą, koreguoti gretutines lėtines ligas ar esančias komplikacijas (uroinfekciją, pragulas, pneumoniją, hipovolemiją, cukrinį diabetą, anemiją, arterinę hipertenziją, širdies nepakankamumą, ritmo ir laidumo sutrikimus, bronchinę astmą).

III etapas. Įgytų įgūdžių tobulinimas. Šio reabilitacijos etapo metu skatinamas paciento savarankiškumas, tęsiama paciento ir šeimos narių mokymas, sudaroma rekomendacinė reabilitacijos programa išvykus į namus.

Vertinama paciento būklė išvykstant: somatinės būklės įvertinimas; neurologinės būklės įvertinimas; pažeidimo sunkumo įvertinimas pagal ASIA klasifikaciją; lokomotorinės funkcijos įvertinimas; savarankiškumo įvertinimas pagal Barthel'io indeksą; slaugos problemų įvertinimas ir slaugos plano sudarymas. Tęsiama individuali kineziterapija. Tęsiama individuali ergoterapija. Psichologinės būklės įvertinimas ir korekcija. Socialinio darbuotojo konsultacija. Reikalingų techninių priemonių pritaikymas, ortopedinių įtvarų pritaikymas. Skiriamos fizioterapijos procedūros. Taikoma medikamentinė terapija. Aktyvi reabilitacija. Profesinės reabilitacijos galimybių aptarimas bei vykdymas.

Pacientų po nugaros smegenų pažeidimo reabilitacija vyksta pagal ligoninėje 2010 m. patvirtintą reabilitacijos ir slaugos standartą.

IŠVADOS

Gydomų pacientų skaičius po NSP nuo 1992 m. reabilitacijos pradžios ženkliai padidėjo. Net 50 procentų į PRL atvyksta iš Klaipėdos universitetinės ligoninės neurochirurgijos skyrių. Dažniausiai PRL gydos pacientai po kaklo srities pažeidimo. Didžioji dalis pacientų po NSP yra jauno darbingo amžiaus. Vyrai nugaros smegenų pažeidimą patiria daugiau nei moterys. Nuo skiriamų pavienių reabilitacijos metodų 1992 m., nuo 2005 m. reabilitacija PRL apima ne tik medicininę, bet ir socialinę bei profesinę reabilitaciją. Pacientų po nugaros smegenų pažeidimo reabilitacija vyksta pagal ligoninėje 2010 m. patvirtintą reabilitacijos ir slaugos standartą.

Literatūra

1. American Spinal Injury Association, International Medical Society of Paraplegia (ASIA/IMSOP), Reprinted 1994; 26.
2. Ditunno J. F., Standarts for Neurological and Functional Classification of Spinal Injury. Revised 1992.
3. Drigotaitė N., Kriščiūnas A., Komplikacijos po nugaros smegenų pažeidimo ankstyvuju reabilitacijos laikotarpiu“ Medicina Kaunas, 2006.
4. Kriščiūnas A. Klimavičius R. et.al. Reabilitacija. Kaunas, 1996.
5. Levinger V., Daratienė J., Lukauskaitė R., Biskys V. Naujas iššūkis reabilitacijai, Kreta, 2009.
6. McKinley W. (2005). Functional outcomes per level of spinal cord injury. Prieiga per internetą <<http://www.emedicine.com/pmr/topic183.htm>>
7. Marcel W, Annet J, Dallmeijer L. Duration and functional outcome of spinal cord injury rehabilitation in the Netherlands, Journal of Rehabilitation Research & Development, volume 42, Amsterdam, Netherlands 2005.
8. Meižis V. Stuburo smegenų pažeidimas: patogenezė, komplikacijos, reabilitacija. (satelitinio simpoziumo prie VIII Lietuvos gydytojų suvažiavimo medžiaga. – Palanga, gegužės 4–6 d). 1992; 26.
9. Mingaila S. Ligonii po nugaros smegenų pažeidimų funkcinės būklės ir sutrikusios veiklos korekcija, taikant ergoterapiją, ankstyvuju reabilitacijos laikotarpiu. Medicina, Kaunas, 2005;
10. Nrsathurai Sh. The rehabilitation of people with spinal cord injury. Bosto, 2000.
11. Reabilitacijos metodų ir priemonių efektyvumas. Birštonas, 2004.

CHANGE OF REHABILITATION FOR SPINAL CORD INJURY PATIENTS

Judita Daratienė

Summary

Key words: spinal cord injury, rehabilitation team, international classification after spinal cord injury, patients after spinal cord injury.

The purpose is to evaluate the key advantages and drawback of reform of the medical rehabilitation of SCI patients, to establish its influencing factors and, based on the date of analysis and the opinion of the experts participating in the development of rehabilitation system, to develop suggestions how to improve the quality of rehabilitation services patients after SCI in Palanga rehabilitation hospital (PRH). The practical part analysis the changes in the rehabilitation system in the period from 1992 to 2009.

Having reached the set objectives it has been established that the changes in the rehabilitation system in PRH in period from 1992 to 2009 were essential. Individual legal acts directly influenced the changes in the structure of rehabilitation services in the course of development of the priority directions of rehabilitation SCI patients by improving the quality and accessibility of the services. Three main periods are considered in the development: the first period – employment of some procedures of physical and electrical therapy, the second – development of multiprofile rehabilitation, and third – development of comprehensive rehabilitation system. The financing methods of the rehabilitation service from the State patient territorial Fund directly influenced the removal of the uneven distribution of the territorial accessibility.

The analysis showed that the system is developing in the right direction. The structure of the rehabilitation services from 1992 to 2009 changed significantly. The strategic goal to change from the sanatoria, treatment of light patients to the medical rehabilitation of heavy cases was implemented.

Correspondence to: juditad@prl.lt

Gauta 2010-11-09