

Možnosti za rehabilitacijo pri kraniocerebralnih poškodbah*

V zavodu SRS za rehabilitacijo invalidov v Ljubljani sprejmemo vsako leto precejšnje število poškodovancev raznih vrst. Med njimi so zastopane tudi poškodbe glave, katerih število vse bolj narašča, pa smo se zato odločili za obdelavo podatkov v zvezi s programi za rehabilitacijo tovrstnih poškodovancev.

Naša skupina obsega 30 bolnikov, ki so bili hospitalizirani v zavodu SRS za rehabilitacijo invalidov v zadnjih 3—4 letih.

Kot vemo in kot je opisano v literaturi, ne gre pri teh bolnikih samo za somatične okvare, to je za insuficienco lokomotornega aparata, ampak predvsem za psihične spremembe, ki se kažejo kot psihoorganski sindrom, kot spremembe osebnosti, kot čustvena labilnost, nesposobnost za koncentracijo ter slab spomin. Večkrat spremlja te bolnike afazija, nekatere pa dizartrijska. Med posledicami, ki so naštet v poškodbah glave, so tudi epileptični napadi, vendar jih pri naši skupini nismo opazili.

Skupina poškodovancev, rehabilitiranih v ZRI v Ljubljani, predstavlja mlade ljudi, ki so utrpeli bolj ali manj težko kraniocerebralno travmo. Ko smo analizirali vrsto poškodb, smo ugotovili, da je po številu največ prometnih nezgod — kar 77%, nezgod pri delu samo 20%, drugih nezgod pa komaj 3%.

Tabela I.

Vrsta nezgod

prometna nezgoda	23	77 %
nezgoda pri delu	6	20 %
nezgoda drugje	1	3 %
Skupaj	30	100 %

Omenili smo, da gre za mlade ljudi, večinoma moške (78%) različnih poklicev, pri katerih starost v večini primerov ne presega 40 let. To pomeni, da so bili poškodovani v najbolj produktivni življenjski dobi, ko so v ospredju problemi šolanja, zaposlitve in udejstvovanja na vseh možnih področjih.

* Referat na I. knogresu zdravnikov specialistov za fizikalno medicino in rehabilitacijo — Beograd 1972.

Tabela II.

Starost poškodovancev

do 20 let	8	27 %
nad 20 do 40 let	16	53 %
nad 40 do 60 let	6	20 %
nad 60 let	—	—
Skupaj	30	100 %

Kar zadeva obsežnost in lokalizacijo poškodbe, je daleč v ospredju difuzna poškodba, to je kontuzija in laceracija možgan, kombinirana s frakturo skeleta. Sledi manjše število subduralnega hematoma in samo 1 primer epiduralnega hematoma. Po simptomatiki in deficitu motorike, ki ga je za pustila poškodba, pa smo naše bolnike razdelili v tri skupine:

1. s posledično desnostransko hemiparezo,
2. s posledično levostransko hemiparezo,
3. s posledično tetraparezo.

Pri vseh smo opazili precejšnje motnje v ravnotežju, ataksijo in slabo orientacijo v prostoru.

Tabela III.

Diagnoza in klinična slika

Contusio et laceratio cerebri (+ fract. lobanjskega skeleta)			Haematoma subdurale			Haematoma epidurale			Skupaj
H. D.	H. S.	Tetrap.	H. D.	H. S.	Tetrap.	H. D.	H. S.	Tetrap.	
9	10	6	1	3	0	0	1	0	30

Legenda: H. D. — hemiparesis dex.
H. S. — hemiparesis sin.
tetrap. — tetraparesis.

Vse bolnike smo testirali glede psihofizičnih zmogljivosti in programirali kompleksno rehabilitacijo, to je medicinsko, socialno in profesionalno.

Pri programih fizioterapije smo uporabili vse ustrezne sodobne metode in skušali doseči predvsem samostojno lokomocijo. Na ta način sta bila v ospredju šola hoje ter trening za samostojno uporabo in namestitvev predpisanih ortez.

V programu delovne terapije so se privajali zlasti dnevnih aktivnosti.

Z vajami v pisanju, branju in govoru smo želeli odstraniti težave v komunikativnosti.

Vse poškodovance smo obravnavali na teamu za profesionalno orientacijo in jih razporedili v ustreznih programih.

Ko smo analizirali uspehe rehabilitacije, smo pri vseh ugotovili določen napredek zlasti glede somatičnih funkcij. Primerjava samostojnosti ob sprejemu in odpustu kaže, da je bila večina poškodovancev ob odpustu samostojna pri hoji in opravljanju dnevnih aktivnosti — v nasprotju s stanjem ob sprejemu.

Tabela IV.

	Ob sprejemu	Ob odpustu	Skupaj obrav.
Gibljivost: 1. negibljivi	12	0	
2. gibljivi z asistenco	8	4	30
3. gibljivi samostojno	10	26	
Opravljanje 1. nesamostojni	17	0	
dnevni 2. potrebna asistenca (delno)	9	5	30
aktivnosti 3. samostojni	4	25	

Če analiziramo hojo podrobneje, ugotovimo, da skoraj vsi potrebujejo ortopedске pripomočke, in sicer: bodisi berglo ali ortopedski čevlji s klasično peronealno opornico ali brez nje, ali funkcionalno elektronsko peronealno opornico (FEPO). Manjšemu številu oskrbovancev pa je treba predpisati sobni invalidski voziček, ker se niso usposobili za daljšo hojo, čeprav bi imeli spremstvo.

Tako je bilo predpisanih:

FEPO	10
klasična peronealna opornica z ortopedskim čevljem	1
bergle	7
invalidski voziček	3
brez pripomočkov 9 oseb	

Kot vidimo, le 9 oskrbovancev ni potrebovalo nobene orteze, to je komaj slaba tretjina.

Vsi smo si edini, da v večini naših primerov ni v ospredju problematika prizadete motorike, pač pa simptomatika psihooorganskega sindroma in osebnostne motnje, zaradi katerih imajo velike težave ob ponovni zaposlitvi. Zato je zelo pereča profesionalna rehabilitacija. Naša ustanova na tem področju ne opravlja drugega kot testiranje za profesionalno orientacijo, ne organizira pa treninga, ki bi bil potreben za privajanje na isto delovno mesto ali za morebitno prekvalifikacijo.

Tabela V.

Delazmožnost ob odpustu iz Zavoda SRS za rehabilitacijo invalidov

1. zmožen za svoje delo	5	17 %
2. začasno nezmožen za delo	11	37 %
3. trajno nesposoben	12	40 %
4. šolanje	2	6 %

k 2/ ob odpustu profesionalna rehabilitacija še ni bila končana.

Poškodovanci so bili večinoma premeščeni v ZRI z nevrokirurškega oddelka v Ljubljani čimprej po poškodbi, brž ko so bili psihično sposobni sodelovati pri dokaj intenzivnem programu rehabilitacije. Čas hospitalizacije

v naši ustanovi je znašal najmanj 6 tednov, v večini primerov pa od 2 do 8 mesecev. Od obolenja do dopusta pa je pri 92% poškodovancev preteklo 6 mesecev do 1 leto.

Ko bolnik zapusti našo ustanovo, problem rehabilitacije še ni končan. Rehabilitirance spremljamo po naših dosedanjih izkušnjah vsaj 2 leti po poškodbi ali pa nekaj več. Ves ta čas smo z njimi in njihovimi svojci v stiku ter jih vabimo na kontrolne preglede in testiranje.

Šele 2 leti po poškodbi menimo, da je rehabilitacija končana, in takrat damo dokončno mnenje o uspehu oz. sposobnosti za delo.

Ko je rehabilitiranec pripravljen za odpust, nastopijo še dodatne težave. Teh pa skoraj nimamo, če ima lastno družino, ki je sposobna in pripravljena, da mu pomaga, ko se vrne domov. Če pa ni, moramo take ljudi, čeprav so že hospitaliziran v ZRI, sodelujemo z inštitutom za nevrofiziologijo, kjer opravljajo razne nevrofiziološke meritve in teste. V ustanovi sami se s poškodovanci ukvarja določen team, katerega člani so strokovnjaki vseh profilov, ki se pečajo z rehabilitacijo. Še posebej obravnavajo poškodovance teami za raziskave.

Iz navedenih podatkov vidimo, da je obravnavanje bolnikov s kranio-cerebralno poškodbo zahtevno in da terja kompleksno obdelavo. Za primerno izvajanje programa so potrebni strokovnjaki vseh vrst. Naša ustanova sodeluje z nevrokirurškim oddelkom kirurške klinike v Ljubljani in s kirurškimi oddelki drugih bolnišnic, kjer vodijo prvo etapo zdravljenja. Ko je bolnik že hospitaliziran v ZRI, sodelujemo z inštitutom za nevrofiziologijo, kjer opravljajo razne nevrofiziološke meritve in teste. V ustanovi sami se s poškodovanci ukvarja določen team, katerega člani so strokovnjaki vseh profilov, ki se pečajo z rehabilitacijo. Še posebej obravnavajo poškodovance teami za raziskave.

Nujno in potrebno je sodelovanje s svojci poškodovanca in z ustanovami, ki so odgovorne za nadaljevanje rehabilitacije oziroma aziliranje bolnika po odpustu iz naše ustanove.

Končno naj poudarim, kako zelo si moramo prizadevati, da zboljšamo organizacijo za kompleksno rehabilitacijo oseb, ki so utrpele kranio-cerebralno poškodbo. Ponavljam, da gre za mlade ljudi, ki po svoji starosti in spet pridobljeni dokaj zadovoljivi motoriki resnično ne sodijo v azil. Izpopolniti bomo morali naše rehabilitacijske programe in misliti na specializiran postopek za usposabljanje takšnih poškodovancev. K temu nas sili današnji način življenja, vsakodnevno naraščanje prometa in s tem tudi rastoče število nezgod. Moderna medicina, ki rešuje življenje ob še tako zapletenih poškodbah, pa terja od nas, da take poškodovance čim bolje in čimprej usposobimo za življenje v normalnem okolju.

ALI SEM STORIL KAJ ZA SKUPNO KORIST? ČE SEM?, IMAM TUDI SAM DOBIČEK. TO MISEL IMEJ VEDNO PRED OČMI IN NE NEHAJ NIKOLI PO NJEJ RAVNATI! (MARK AVRELIJ — A. SOVRE)