

861

**ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ІНСТИТУТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ  
КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

**ЛЬВІВСЬКЕ ОБЛАСНЕ ВІДДІЛЕННЯ  
УКРАЇНСЬКОГО ФОНДУ "РЕАБІЛІТАЦІЯ ІНВАЛІДІВ"**

**А.С.ВОВКАНИЧ**

**ІНСТРУКТИВНІ МАТЕРІАЛИ ПО  
ДОГЛЯДУ ЗА ХВОРИМИ З ТРАВМОЮ  
СПИННОГО МОЗКУ**

**ЛЬВІВ - 2000**

**Абонемент  
ЛДІФК**

Абонемент

ЛДІФК

**ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ІНСТИТУТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ  
КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

**ЛЬВІВСЬКЕ ОБЛАСНЕ ВІДДІЛЕННЯ  
УКРАЇНСЬКОГО ФОНДУ "РЕАБІЛІТАЦІЯ ІНВАЛІДІВ"**

**Абонемент**

**А.С.ВОВКАНИЧ**

**ІНСТРУКТИВНІ МАТЕРІАЛИ ПО ДОГЛЯДУ ЗА ХВОРИМИ З ТРАВМОЮ  
СПИННОГО МОЗКУ**

*(видання друге, доповнене)*

**Львів - 2000**

№ 2

X  
АБОНОМЕНТ

Друге видання здійснено завдяки грантові від Альянсу співпраці Каунтерпарт (USAID) в рамках проекту Українського фонду "Реабілітація інвалідів" "Активна реабілітація спинальних хворих" у Ресурсному центрі незалежного життя.

Ресурсний центр незалежного життя  
79032, Львів, вул. Дж. Вашингтона 21а  
тел/факс: (0322) 702781  
e-mail: independ@LITech.Lviv.ua

БІБЛІОТЕКА  
Львівського державного  
інституту фізкультури

## ПЕРЕДМОВА ДО ПЕРШОГО ВИДАННЯ

Брошура, яка лежить перед вами, є плодом колективних зусиль. Багато людей тою чи іншою мірою прислужилося до того, що вона змогла побачити світ. Це, насамперед, голова Львівської обласної ради Українського Фонду "Реабілітація інвалідів" Ярослав Грибальський, інвалід з більше, ніж 20-річним стажем, який, властиво, був натхненником її написання. Вона не з'явилася б на світ, якби не допомога шведської організації "Rekryterings Gruppen" ("Рекритерінгс Группен"). Саме її члени, які у свій вільний час приїжджали до Львова, щоб провести тут заняття з активної реабілітації з тими, хто внаслідок хвороби чи травм дістав пошкодження спинного мозку та втратив здатність пересуватися, забезпечили вихідний матеріал для опрацювання. Важко перерахувати усі імена, але, безперечно, необхідно згадати Катаржину Трок, яка була керівником, двигуном і душею цих заходів та Маріку Аугутіс, яка люб'язно надала літературу та супроводила її поясненнями та зауваженнями. Брошура є спробою подати найбільш загальну інформацію тим, хто внаслідок життєвих обставин отримав пошкодження спинного мозку чи мусить доглядати за такими особами. Основна її мета - показати людям, які втратили можливість володіти своїм тілом, що життя для них зовсім не закінчилось, що вони самі багато що можуть і повинні зробити для себе та своїх рідних. Безперечно, брошура не є цілком досконалою, є у неї свої слабкі місця і свої помилки. Тому просимо усіх, хто читатиме її: неповносправних, членів їх сімей, медпрацівників присилати свої критичні зауваження та пропозиції на одну з наведених нижче адрес. Допоможіть нам знести вдосконалення і допоможіть нам зрозуміти потребу у висвітленні яких питань ви відчуваєте. Допомагаючи нам ви допомагаєте собі.

Андрій Вовканич

Будь-який розділ цієї брошури, а також ілюстрації можуть бути скопійовані будь-яким способом без дозволу автора у випадку, якщо скопійований матеріал буде розповсюджуватись безплатно. У випадку, коли копіювання здійснюється з комерційною метою, на це повинен бути отриманий письмовий дозвіл автора. Будемо вдячні за надсилання копії будь-якого матеріалу, у якому використані текст чи ілюстрації з брошури.

Україна, Львів, 79032,  
вул.Дж.Вашингтона, 21а  
Львівське обласне відділення  
Українського Фонду  
"Реабілітація інвалідів"  
Ярославу Грибальському

Україна, Львів, 79000,  
вул.Костюшка, 11  
Львівський державний інститут  
фізичної культури  
кафедра фізичної реабілітації  
Андрію Вовканичу

**РЕЦЕНЗІЯ**

на брошуру А.С.Вовканича

**"Інструктивні матеріали по догляду за хворими з травмою спинного мозку"**

Брошура присвячена дуже актуальній проблемі - реабілітації хворих з травмою хребта та спинного мозку при перебуванні в домашніх умовах. Важливим є те, що в ній робиться акцент на самообслуговування хворих та даються поради як це можна зробити.

Безумовно, робота має велике практичне значення і є першим подібним посібником, написаним українською мовою, який охоплює всі необхідні розділи повсякденного догляду за хворим. У ній дані добрі поради з адаптації хворого до повсякденного життя.

Брошура безперечно підлягає широкому розповсюдженню серед зашкоджених осіб.

Завідувач кафедрами неврології  
і нейрохірургії Львівського  
державного медичного інституту  
доктор медичних наук, професор

Шевага В.М.

**РЕЦЕНЗІЯ**

на брошуру Андрія Вовканича

**"Інструктивні матеріали по догляду за хворими з травмою спинного мозку"**

Праця Андрія Вовканича є хіба першою ластивкою у сфері популярної допоміжної літератури для інвалідів-спинальників. Вона складається з вступу і дев'яти розділів, які охоплюють найбільш важливі моменти початкового, найважливішого і найвідповідальнішого періоду реабілітації.

Пропонований посібник дає цінну інформацію людям, які волею долі потрапили у скрутне становище особи, обмеженої у володінні своїм тілом, їхнім рідним, а також медперсоналу, зв'язаному з пацієнтами цієї важкої категорії інвалідності у своїй праці. Автор ставить своєю метою, крім чистої інформації, "показати цим людям, що життя для них зовсім не закінчилось". На нашу думку, обидві цілі автор виконав дуже добре. Безліч цінних порад, які наведені у брошурі, базуються на фактичному матеріалі, обґрунтовані, викладені з поясненнями, доступно і систематизовано. Багато з них наводиться вперше у цьому виданні. Тому інформаційність праці є високою. Справа в тому, що спеціальна медична література малодоступна та незрозуміла більшості травмованих, часто призводить до неправильного самолікування, проти чого, до речі, автор часто і цілком слушно застерігає. Натомість, більшість порад автора скеровані безпосередньо до самого травмованого і доступні до виконання. У цьому сенсі праця актуальна і потрібна.

Робота написана ясною, живою мовою. Думки викладені лаконічно, без суперечливості чи двозначності, важливіші місця у тексті виділені. Це, а також чітка рубрикація допомагають орієнтуватися. Стиль викладу зі звертанням до читачів та їх заохоченням чи, часом, застереженням, з закликами до дії, щирим підбадьоренням добре відповідає меті брошури і, без сумніву, приверне автору та всьому інвалідному рухові ширших симпатиків і друзів.

Робота А.Вовканича заслуговує якнайскорішої публікації та поширення.

Голова товариства захисту дітей-інвалідів "Надія"  
кандидат біологічних наук

Микола Сварник

## ПЕРЕДМОВА ДО ДРУГОГО ВИДАННЯ

Вашій увазі пропонується друге, доповнене, видання брошури А.Вовканича "Інструктивні матеріали по догляду за хворими з травмою спинного мозку". Основою брошури є матеріали спеціального курсу з догляду, що проводився у Львові в 1992 році шведською організацією "Рекритерінгс группен" (Rekryterings Gruppen) і Українським фондом "Реабілітація інвалідів".

Брошура А.Вовканича була чи не першою літературою на цю тему, доступною для широкого загалу. З часу її видання було здійснено ще ряд програм і проектів із залученням ширшого кола осіб та громадських організацій, державних установ, внаслідок чого відбулися певні позитивні зміни у становищі людей з особливими потребами. Численні листи та відгуки, що надійшли на адресу автора та Фонду "Реабілітація інвалідів", показали актуальність матеріалів, викладених у брошурі та потребу їх поповнення та перевидання.

Друге видання доповнилося, зокрема, розділом, який стосується питань правового і соціального захисту неповносправних осіб. Його автором є Олег Полозюк, людина, яка в інвалідному кріслі-візку навчалася у Київському національному університеті, пройшовши, свого часу, школу активної реабілітації Rekryterings Gruppen.

Всі, кому став у пригоді цей poradnik висловлюють подяку Андрієві Степановичу Вовканичу, нині завідувачеві кафедри фізичної реабілітації Львівського державного інституту фізкультури.

Ярослав Грибальський  
Вик. директор Ресурсного центру незалежного життя  
79032, Львів, вул. Дж. Вашингтона 21а  
тел/факс: (0322) 702781  
e-mail: independ@LITech.Lviv.ua

У першому виданні брошури ми просили всіх, хто буде її читати, присилати нам пропозиції щодо можливого вдосконалення. З часу виходу з друку попереднього видання нами було отримано доволі значну кількість листів як від самих неповносправних і членів їх родин, так і від працівників системи охорони здоров'я, у яких вони ділилися своїм досвідом, висловлювали зауваження і побажання щодо внесення змін і доповнень до змісту брошури. Як наслідок, у другому виданні ви знайдете розділ, присвячений короткому висвітленню питань будови і функцій спинного мозку, найбільш загальних наслідків його пошкодження, медичної допомоги, яка надається при переломі хребта і травмуванні спинного мозку. Ще одним важливим доповненням, на яке особливо хочеться звернути увагу, є розділ, який торкається питань соціального захисту осіб з травмою спинного мозку. Він написаний людиною, яка сама є неповносправною – Олегом Полозюком, але попри це веде активний спосіб життя, у якому знайшлося місце і для навчання, і для занять рекреаційним спортом, і для багато чого іншого. Це живий приклад того, чого може досягти людина, яка сидить у інвалідному візку, але прагне бути активним членом суспільства.

Безперечно, матеріал, викладений у брошурі може і напевно з часом буде розширений і доповнений, як то кажуть – процесу вдосконалення немає меж. Ми будемо вам тільки вдячні, якщо ви підкажете нам, які саме питання ви хотіли бачити висвітленими у більшому обсязі.

Андрій Вовканич  
кандидат біологічних наук, доцент  
завідувач кафедри фізичної реабілітації  
Львівський державний інститут фізичної культури  
вул.Костюшка, 11, 79000  
e-mail: [andriv@dsfc.lviv.ua](mailto:andriv@dsfc.lviv.ua)

**РЕЦЕНЗІЯ**  
на брошуру Вовканича А.С.  
“Інструктивні матеріали по догляду за хворими  
з травмою спинного мозку”

Брошура присвячена одній з найбільш складних проблем в сучасній травматології та нейрохірургії – реабілітації хворих з ускладненою травмою хребта. Основна її мета – змінити світогляд травмованого на своє подальше життя, вселити впевненість у можливості реабілітації в суспільстві, навчити навичкам самообслуговування.

У брошурі послідовно і систематизовано викладена інформація про основні небезпечні моменти, які очікують на спинального хворого (належки, контрактури, порушення функцій тазових органів), приведені методи їх попередження і лікування. Матеріал викладено простою, зрозумілою для спинального хворого, мовою.

Брошура заслуговує на перевидання, оскільки до попереднього тиражу була виявлена велика зацікавленість спинальних хворих і він швидко розійшовся.

Керівник республіканського нейрохірургічного  
вертебрального центру, д.м.н., професор

Фіщенко В.Я.

**РЕЦЕНЗІЯ**  
на “Інструктивні матеріали по догляду за хворими  
з травмою спинного мозку”  
А.С.Вовканича

Інструктивні матеріали значною мірою сприяють відповідному лікуванню хворих з травмою спинного мозку. У той час, коли людина стає беззахисною у зв'язку з неможливістю володіння своїм тілом, маленька брошура дає поради щодо повсякденного життя, пересування, лікування належків, вдосконалення функції тазових органів.

У цій праці є важливі поради щодо самообслуговування, психологічної реабілітації хворого. У матеріалах є рекомендації щодо психологічних установок родичів, які опікують хвору людину. Наводиться перелік законодавчих актів щодо працевлаштування, перелік організацій, які займаються допомогою спинальним хворим і завжди можуть прийти їм на допомогу.

На наш погляд, інструктивні матеріали мають велике значення для адаптації спинальних хворих до повсякденного життя, для суспільних контактів, працевлаштування. Широке розповсюдження матеріалів сприятиме підвищенню ефективності реабілітації спинальних хворих.

Головний лікар НДІ нейрохірургії  
к.м.н., старший науковий співробітник

А.І.Ткач

Завідуюча відділом післяопераційної  
реабілітації, к.м.н., старший науковий співробітник

І.В.Степаненко

Лікар-невропатолог відділу післяопераційної  
Реабілітації, к.м.н.

І.Ю.Попова



## З М І С Т

Розділ I. Особливості будови і функцій спинного мозку, вплив пошкоджень на його діяльність.	9
Розділ II. Надання медичної допомоги особам з пошкодженням спинного мозку.	12
Розділ III. Догляд за шкірою. Належки - виникнення, профілактика, лікування.	16
Розділ IV. Сечовиділення і стілець.	23
Розділ V. Скелет і м'язи тулуба. Контрактура, спастика.	29
Розділ VI. Серцево-судинна система.	31
Розділ VII. Дихальна система.	33
Розділ VIII. Харчування.	34
Розділ IX. Психологічні рекомендації.	35
Розділ X. Фізична активність. Розвиток навичок з самообслуговування.	36
Розділ XI. Статеве життя.	39
Розділ XII. Соціальний захист осіб з пошкодженням спинного мозку.	40
Література.	48
Додатки.	49

## **Розділ 1. ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ І ФУНКЦІЙ СПИННОГО МОЗКУ, ВПЛИВ ПОШКОДЖЕННЯ НА ЙОГО ДІЯЛЬНІСТЬ**

Ця брошура розрахована в першу чергу на осіб з недавно пошкодженим спинним мозком. Деякі її частини можуть стосуватись осіб, що мають пухлини спинного мозку, розсіяний склероз чи інше неврологічне захворювання, що вражає спинний мозок.

### **ЩО ТАКЕ ПОШКОДЖЕННЯ СПИННОГО МОЗКУ?**

Пошкодження спинного мозку - це одне з найбільш руйнівних пошкоджень, які можна перенести, залишаючись живим. Могло трапитись, що розганялися берегом річки, пірнули у мілководдя, а потім опинились долілиць, лежачи паралізованим, і намагаючись хоча б дихнути ... і все це за частку секунди.

### **ПОШКОДЖЕННЯ СПИННОГО МОЗКУ**

**Пошкодження Спинного Мозку (ПСМ)** - це термін, що стосується будь-якого порушення цілісності спинного мозку. Це порушення може спричинити часткову або повну втрату рухової і чутливої функції нижче рівня пошкодження.

Таке порушення може бути спричинене травмою внаслідок нещасного випадку (напр. автоаварії) або хворобою, що прогресує (напр. пухлина, множинний склероз). Воно також може бути викликане:

- здавлюванням спинного мозку внаслідок напухання або неправильного положення хребців;
- розтягненням спинного мозку;
- вогнепальними чи ножовими пораненнями;
- ішемією (недостатнім кровопостачанням спинного мозку).

Якщо спинний мозок був пошкоджений внаслідок травми, то у вас може бути, але може і не бути, зламаний хребець. Можна зазнати пошкодження спинного мозку без перелому хребця. Можна також зламати декілька хребців, але не пошкодити спинного мозку.

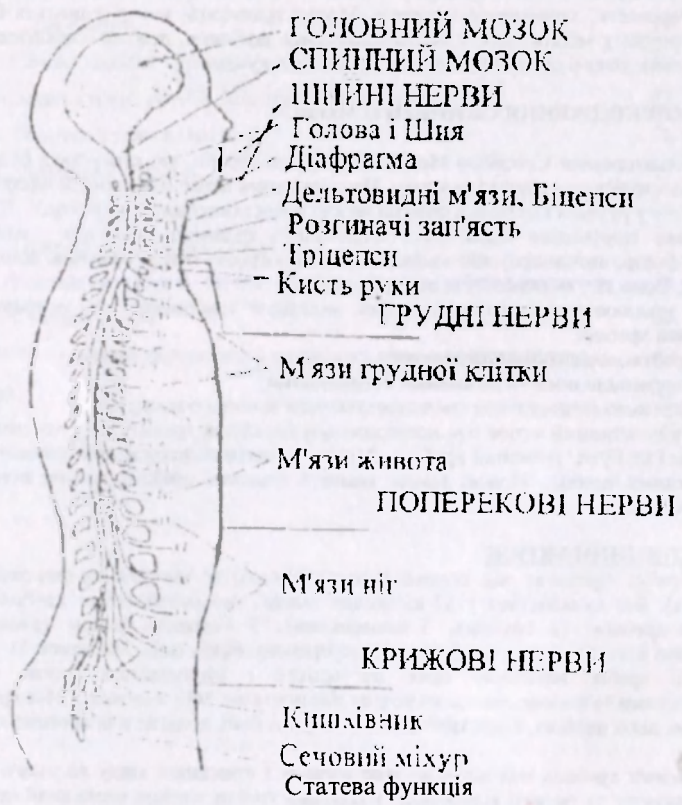
### **СПИННИЙ МОЗОК**

Хребет пролягає від основи вашого черепа до кінчика куприкової кістки (куприка). Він складається з 32 кісткових кілець, що називаються хребцями. Є 7 шийних хребців, 12 грудних, 5 поперекових, 5 з'єднаних разом крижових та приблизно 3 малих кістки, що формують куприкову кістку (див. Малюнок 1).

Ці хребці накладені один на одного і утримуються разом м'якими волокнистими зв'язками, що називаються лігаментами. Між кожним з 24-х хребців, за винятком двох перших, є міжхребцеві диски, роль яких полягає в пом'якшенні струсів у спині.

Кожен хребець має кісткове тіло спереду і присідані ззаду до нього кісткові ості (поперечні та остисті відростки). У середині хребця є отвір, через який проходить спинний мозок. Коли хребці накладені один на одний, то між поперечними відростками залишається проміжок, через який виходять відгалуження спинного мозку (нервові корінці). Через нервові корінці до спинного мозку надходить інформація від м'язів та внутрішніх органів та виходять від нього керівні стимули, які регулюють їх діяльність. Хребці призначені захищати спинний мозок.

Спинний мозок є частиною нервової системи (яка включає також головний мозок і периферійні нерви). Він має, приблизно, 45 см у довжину і в палець завтовшки. Він м'який, гнучкий, овальної форми. Від спинного мозку відгалужуються нервові корінці.



Малюнок 1. Спинний мозок.

(приблизно 30 пар), які відходять з обидвох боків спинного мозку. На кінці спинного мозку є довгі нерви, що утворюють так званий "кінський хвіст".

Спинний мозок це як кабель із дровів, який з'єднує периферійні нерви з головним мозком. Він проводить сигнали до головного мозку й від нього. Коли сигнали поступають у спинний мозок від шкіри або м'язів чи внутрішніх органів, то вони передаються вгору до головного мозку, де сигнали інтерпретуються. Сигнали від головного мозку посилаються вниз по спинному мозку у зворотньому напрямку.

#### ЩО ТАКЕ "УРАЖЕННЯ" СПИННОГО МОЗКУ?

Ви можете почути, що ваше пошкодження визначається як "ураження" спинного мозку. Цей термін стосується місця порушення спинного мозку. Це не обов'язково означає, що ваш спинний мозок був перетятий, хоча й таке могло трапитись. При пошкодженні спинного мозку він може бути перерваний перервано повністю або частково, тобто ураження може бути повним або частковим.

При повному ураженні відбувається цілковита втрата руху і відчуття (моторної і чутливої функції) нижче рівня пошкодження. Цілковито втрачається контроль за м'язами, діяльність яких здійснюється через нервові корінці нижче рівня ураження.

При неповному ураженні може зберегтись будь-яке поєднання нервових функцій. Ваші м'язові функції залежатимуть від того, які нервові волокна залишились неушкодженими. Ваша чутливість може зберегтись, погіршитись або втратитись.

На жаль, при теперішньому стані медичних знань нерви не можна відновити до їх вихідного функціонування.

#### ЩО ОЗНАЧАЄ "РІВЕНЬ ПОШКОДЖЕННЯ"?

Можливо, ви чули, як медперсонал докола говорить про ваш "неврологічний рівень". Термін "рівень" стосується найнижчого функціонуючого нервового корінця, що виходить з вашого спинного мозку. Використовують букву з цифрою, що вживається для його позначення. Буква вказує відділ спинного мозку, у якому відбулося пошкодження (шийний, грудний, тощо), а цифра вказує на конкретний хребець у цьому відділі. Наприклад, рівень С6 означає, що пошкодження відбулося у шийному (цервікальному, звідси латинська буква "С") відділі на рівні 6-го хребця, останній функціонуючий нервовий корінець є 6-м шийним. Крім того, всі нервові корінці вище цього рівня (від С1 до С5) теж функціонують. Розрив на певному рівні означає, що всі нервові корінці нижче цього рівня не функціонують і керовані через них функції відсутні або пригнічені. Нервові корінці над пошкодженням загалом продовжують діяти.

Дехто виявляє, що його неврологічний рівень змінюється протягом декількох днів після поступання до лікарні. Це загалом спричинене опуханням докола спинного мозку, особливо при травматичних пошкодженнях. В міру того, як опухання спадає (протягом 7-10 днів), дехто може відчувати покращення своєї здатності рухатись і/або відчувати. Можна також мати рівень, що визначається двома нервовими корінцями, напр. С5-6. Це вказує, що у Вас працює більшість м'язів С5 і деякі м'язи рівня С6.

Поняття "рівень" стосується рівня рухливості, а не рівня чутливості. Ваш рівень чутливості часто може бути нижчим, ніж рівень рухливості. Це спричинене різним характером "проводки" між рухливими (моторними) та чутливими нервами.

Параплегія виникає внаслідок ураження спинного мозку нижче рівня нервових корінців, що контролюють діяльність ваших рук. Ураження, знову-таки, може бути повним або неповним. Зазвичай, відбувається втрата рухливості й чутливості в області живота та в ногах, а також є труднощі з контролюванням діяльності сечового міхура й кишечника.

**Тетраплегія** виникає внаслідок ураження спинного мозку на рівні або вище рівня нервових корінців, що контролюють діяльність рук, тобто в ділянці хребтної ший. Нижче цього рівня чутливість і рухливість відсутні або ненормальні. Зазвичай при тетраплегії відбувається обмеження користування руками на додаток до тих самих вад, що й при параплегії. При тетраплегії користування руками може бути обмеженим або відсутнім. Ураження можуть теж бути повними чи неповними.

#### **ЩО ТАКЕ "ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ПОТЕНЦІАЛ"?**

Знання рівня пошкодження інформує про вашу рухливість і чутливість. Ці відомості дають медикові загальне уявлення про діяльність, яку ви здатні виконувати. За час перебування у лікарні спеціалісти з фізичної реабілітації мають навчити вас як добитись найбільшого використання працюючих м'язів. Ви навчитеся по-новому здійснювати стару діяльність. Після виписки з лікарні вам належить вдосконалити свою здатність діяти вже самостійно. Треба продовжувати зміцнювати працюючі м'язи і навчатись краще їх застосовувати.

З бігом часу дехто виявляє, що набуває більшого контролю за деякими з своїх м'язів. Це звичайно трапляється у людей з неповним ураженням. Часом тяжко певністю встановити, наскільки "неповним" є "неповне ураження", а отже яким було одужання у сенсі як рухливості, так і чутливості.

Від відвідувачів Ви могли почути розповіді про те, як хтось із їхніх друзів чи сусідів з пошкодженим спинним мозком "пошив у дурні" медперсонал тим, що в урешті-решт зміг ходити. Багато з цих розповідей перебільшені або навіть цілковито перекручені та майже завжди стосуються людей з неповними ураженнями.

#### **ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ЛЛЯ РІВНІВ ПСМ**

Подальший опис функціональних результатів є лише схемою різних рівнів пошкодження. Він корисний для накреслення цілей у вашому лікуванні. На ваш потенційну самостійність після пошкодження спинного мозку можуть вплинути:

- \* Ваш стан здоров'я під час пошкодження.
- \* Наявність чи відсутність у вас додаткових пошкоджень (відморожені опіки, переломи кісток, пошкодження голови і т. п.).
- \* Ваш вік.
- \* Медичні ускладнення (м'язові спазми, належки і т. п.)
- \* Психологічна підтримка сім'ї.
- \* Ваша готовність тривало і важко працювати, щоб досягти того рівня самостійності, якого вам вдасться.

#### **ПОВСЯКДЕННА ЖИТТЄДІЯЛЬНІСТЬ (ПЖД)**

Запам'ятайте, що наведене нижче служить лише схемою і не має на меті обмежувати ваш потенціал або творчу здатність. Існує величезна різниця, навіть між тими людьми, хто має подібні пошкодження. Спеціаліст з фізичної реабілітації стає першою особою, з якою ви стикатиметесь, щоб визначити свої функціональні можливості.

### **Розділ II. НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ ПОШКОДЖЕННЯМ СПИННОГО МОЗКУ**

Після того, як вас доставили до лікарні швидкої допомоги, чи іншої лікарні, підозрою на пошкодження спинного мозку повинне бути проведене детальне обстеження, включно з визначенням наявності переломів інших кісток або внутрішніх пошкоджень.

Щоб обстежити стан вашого хребта, лікар може обмацувати або проводити пальцями по вашій шії або спині. Зазвичай це дуже болісно, супроводжується сильним м'язовим спазмом навколо ділянки перелому або зміщення. При підозрі розриву лікар призначає рентген. Це дозволяє точно встановити, чи сталося порушення і де саме. Іноді зображення, одержане за допомогою звичайного рентгену не дає достатньої інформації. У такому випадку лікар мав би призначити томограму. Лікар має також оцінити силу ваших м'язів і перевірити чутливість і рефлекси. Це обстеження дає можливість оцінити будь-яке порушення спинного мозку. Після завершення обстеження, приймається, як лікувати ваше пошкодження.

Якщо пошкоджена шия, то її треба утримувати нерухомо, щоби кістки зростились у правильному положенні. Є декілька способів, щоби це зробити.

#### 1) Витягання наголовним обручем:

Цей метод застосовується при декількох типах переломів.

Лікар заморожує шкіру на вашому черепі і прикладає довкола нього наголовний обруч з трьома гвинтами. Наголовник під'єднується до системи блоків і тягарців (див. Малюнок 2).

Тягарці забезпечують витягання, утримуючи шийку правильно випростованою. Величина тягара, який викристовується, залежить від типу і рівня перелому. Після того, як поставлено тягар, робиться рентген, щоби побачити, чи хребет добре напрустований.

Залежно від того, як гоїться ваша шия, може доведеться залишатись на витяганні у ліжку від шести до дванадцяти тижнів. У деяких випадках декому дозволяється вставати раніше, одягнувши корсет з наголовним обручем.

#### 2) Шипці Гарднера-Уеллса:

Щоб здійснити витягання, при деяких порушеннях застосовується особливий його вид, що називається шипці Гарднера-Уеллса. Шкіра на кожній скроні заморожується і шипці вводяться всередину черепа. Наголовник далі з'єднується з системою блоків і тягарців (див. Малюнок 3). Потім тягарці застосовуються за тією ж схемою, що й при витяганні наголовним обручем.

Залежно від того, як загоюється шия, вам, може, доведеться залишатись у ліжку від шести до дванадцяти тижнів.

#### Оперативне втручання:

Є деякі випадки, коли лікар може вирішити, що оперативне втручання є найкращим вибором, щоби стабілізувати Ваш хребет.

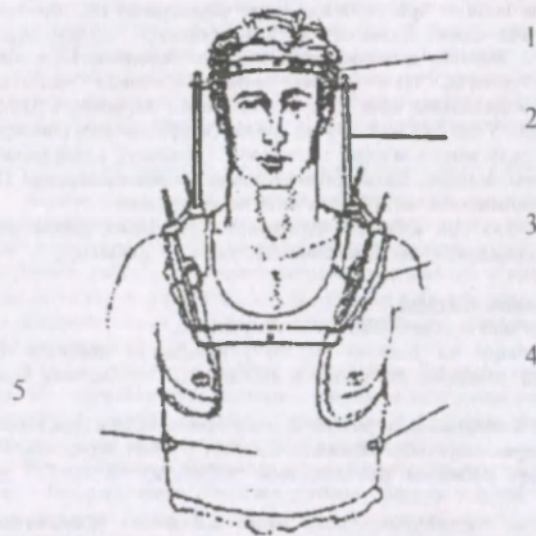
#### А. Затискання Спинного Мозку:

Оперативне втручання може здійснюватись на основі негайної допомоги, якщо, наприклад, сталось перетискання спинного мозку частинками кістки. Нерідко це спричинене уламчастим переломом з розходженням уламків, що часто трапляється при пошкодженні спинного мозку під час нещасних випадків при пірнанні.

При переломі цього типу вам потрібно бути на витяганні переважно протягом 6-12 тижнів після оперативного втручання. Можливо, доведеться зробити пересадку кістки, якщо хребці роздроблено на багато уламків.

#### Б. Порушення Зв'язок:

При порушенні або розриві зв'язок, які утримують хребет у напрустованому стані, два хребці можуть зчепитись між собою в неправильному положенні. Це класифікується як "запірання суглобової поверхні".



Малюнок 2. Витягання корсетом з наголовним обручем.

1. Наголовник.
2. Висхідний стержень.
3. Підкладка з овчої шкіри.
4. Бічне кріплення на застібках.
5. Пластмасовий корпус корсета.



Малюнок 3. Витягання щипцями Гарднера-Уеллса.

1. Система блоків і тягарів для витягання
2. Наголовний обруч.

У більшості випадків лікарі спочатку намагатимуться "розімкнути" кистки шляхом витягання. Якщо це не дає результатів, то для напругування в правильне положення може знадобитись оперативне втручання.

Після оперативного втручання такого типу вас можуть утримувати на витяганні протягом кількох днів перед тим, як дозволить підніматись. Від шести до дванадцяти тижнів Вам потрібно буде носити якогось типу фіксатор або комір.

Комір нагадуватиме Вам, щоб прямо тримати шию; фіксатор фактично обмежує рух. Різні фіксатори дозволяють різний ступінь рухливості. Комір чи фіксатор також допомагає зменшити біль і спазми м'язів у шиї й плечах.

#### **В. Нестабільні переломи**

Певні типи переломів дуже нестабільні і, поміщені на витягання, зазвичай погано загоюються. Такі переломи переважно потребують хірургічного лікування для їх стабілізації. Найчастіше це включає стягування дротом або пересадку кісток.

Знову ж, після оперативного втручання такого типу Вас можуть утримувати на витяганні ще декілька днів, а потім дозволити підніматись. Вам доведеться носити спеціальний комір або фіксатор від шести до дванадцяти тижнів, щоб нагадувати Вам не рухати шиєю або фактично обмежити рухливість.

#### **Г. Переломи, що тяжко загоюються**

Після перебування на витяжці протягом кількох тижнів, кистки іноді на рентгені все-таки виявляють ознаки невідповідного загоювання. Оскільки перелом сам не загоюється, може виникнути необхідність здійснити оперативне втручання, щоб зробити хребет стабільнішим (див. пункт "В").

#### **Д. Пухлини Спинного Мозку/Поганий Кровообіг:**

Якщо ваш спинний мозок порушений пухлиною, то часто застосовується оперативне втручання, щоб усунути пухлину і звільнитись від тиску на Ваш спинний мозок. Поганим кровообігом (кровопостачання) теж може порушити Ваш спинний мозок. Ці захворювання лікуються різними способами.

Після операції Вам, як правило, відразу дозволять рухатись. Залежно від місця, ступеню і типу оперативного втручання, Вам, можливо, треба буде носити один з фіксаторів чи комір, згаданих нижче.

#### **МЕТОДИ СТАБІЛІЗАЦІЇ**

##### **Корсет з наголовним обручем**

Ті, хто раніше перебували на витяганні з наголовним обручем, переважно носять корсет з наголовним обручем, коли їм вперше допомагають вставати з ліжка. Інших же, зі стабільнішими переломами, можуть помістити в корсет з наголовним обручем невдовзі після пошкодження без будь-якої потреби у витяганні з наголовним обручем. Обруч-наголовник з 4-ма гвинтами залишається прикріпленим до черепа, а потім до наголовника 4-ма висхідними стержнями прикріплюється пластмасовий корсет. Для зручності корсет вистелений овечою шкірою.

Після того, як накладено корсет, робиться рентген, щоби впевнитись, що Ваш хребет залишається добре випростаним. Цей тип фіксатора дозволяє здійснювати лише дуже незначний рух у верхній частині хребта, що уможливорює продовження загоювання, коли розпочинається Ваша реабілітація. Доско поміщають у корсет з наголовним обручем відразу ж після пошкодження, а інших - після операції, яка потрібна, щоб стабілізувати їх хребет. Вам потрібно буде носити корсет, як правило, протягом 6-12 тижнів.



**Фіксатор СОМІ:**

"СОМІ" значить "SternaI-Occipital Mandibular Immobilization" (тобто Груднинно-Потилично-Нижньошелепне Знерухомлення", що означає, що фіксатор підтримує Вашу грудну клітку, підборіддя і тильну частину черепа (див. Малюнок 4). Це допомагає тримати прямо Вашу ший і дозволяє проходити загоюванню.

Цей тип фіксатора найчастіше вживається при:

- (1) стабільних переломах у шийній ділянці хребта;
- (2) після стабілізації за допомогою операції;

(3) після загоснення кісток у процесі витягання. Фіксатор СОМІ переважно носять протягом 6-12 тижнів.

**Фіксатор Джуїтта:**

Фіксатор Джуїтта переважно одягають довкола тулуба, щоб знерухомити нестабільну грудну або поперекову ділянку хребта (див. Малюнок 5).

Ця нестабільність може бути спричинена переломом або може виникнути після оперативного втручання для видалення пухлини чи згустка крові. Фіксатори Джуїтта треба носити переважно від шести до дванадцяти тижнів.

**Філадельфійський Комір:**

Філадельфійський комір використовується для опори і стабілізації шиї. Він може вживатись після операції або після загоювання перелому при витяганні або у фіксаторі (див. Малюнок 6). Цей комір переважно потрібно носити протягом 6-12 тижнів, щоб забезпечити повне загоснення зламаного хребця чи хребців.

**Бостонський Накладний Фіксатор:**

Бостонський накладний фіксатор можна вдягати довкола тулуба для знерухомлення нестабільної грудної або поперекової ділянки хребта.

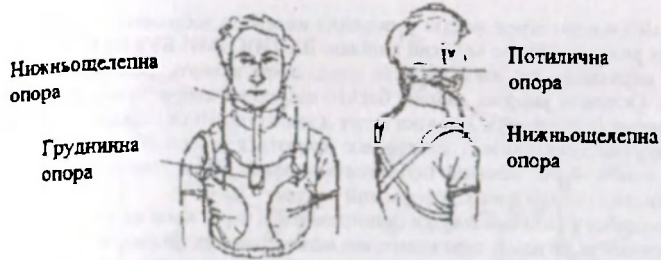
**Розділ III. ДОГЛЯД ЗА ШКІРОЮ. НАЛЕЖКИ - ВИНИКНЕННЯ, ПРОФІЛАКТИКА, ЛІКУВАННЯ.**

Найважливіше правило, яким слід послуговуватися для подолання проблем з пошкодженням шкіри у хворих з травмою хребта - це їх попередження. У цьому розділі основна увага буде приділена утворенню та профілактиці належків.

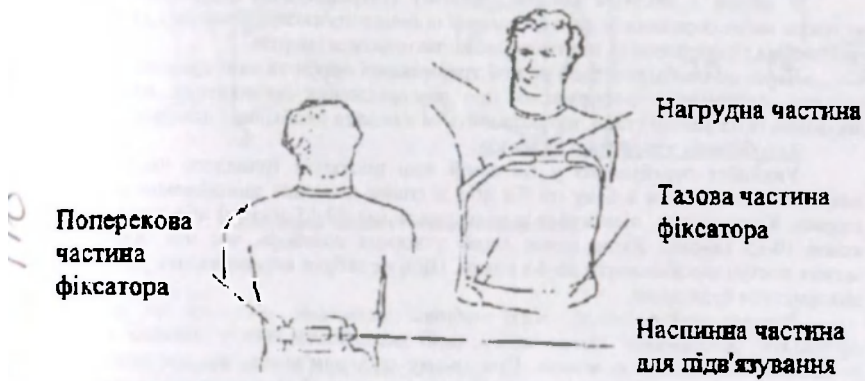
Що таке належки?

**Належки** - це виразки, які формуються у тих місцях тіла, де кості проходять близько до поверхні шкіри. Їх утворення настає тоді, коли людина довгий час лежить або сидить на цій частині тіла без жодного руху. У цьому випадку кровоносні судини тривалий час залишаються стиснутими, що спричиняє порушення кровопостачання. Якщо стиснення буде довготривалим, може розвинути пошкодження шкіри та підшкірних тканин аж до їх відмирання. Першими ознаками формування належків є почервоніння або потемніння шкіри, підвищення температури тіла, погіршення самопочуття, збільшення виділення поту, посилення свербіжності, зрештою, утворення пухирців на тій ділянці шкіри, де починається утворення належків. Якщо стиснення буде тривати і далі, може утворитись відкрита виразка, котра буде збільшуватись і поглиблюватись. У іншому випадку виразка може почати формуватись у напрямку від кістки назовні до поверхні шкіри.

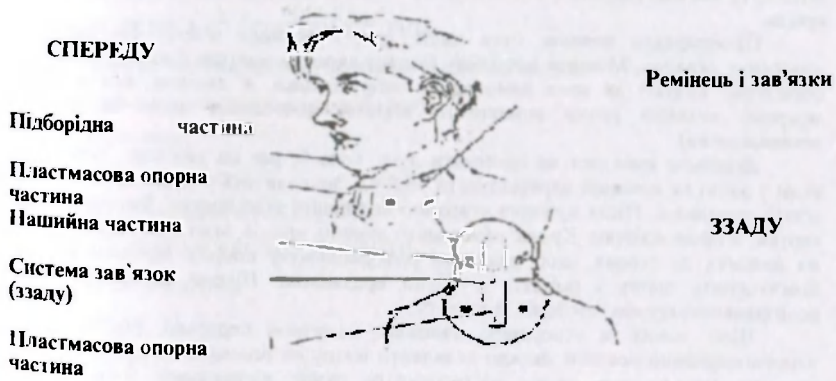
Оскільки люди з пошкодженням хребта є, принаймні у перші декілька тижнів, нездатними самостійно змінювати позу, а також вратили здатність відчувати біль у різних частинах свого тіла - вони підлягають особливо великому ризику утворення належків.



Малюнок 4. Фіксатор COMI.



Малюнок 5. Фіксатор Джуйтта.



Малюнок 6. Філадельфійський комір.

Місця з найбільшою вірогідністю утворення належків зображені на Малюнку 7. Ділянки, у яких ризик особливо великий виділені **ВЕЛИКИМИ БУКВАМИ**.

Якщо за виразками не доглядати як слід, вони можуть розширюватися і поглиблюватися. Оскільки виразка вміщає багато відмерлої шкіри та інших тканин, дуже великим є ризик інфікування. Виразка може досягнути кістки і також інфікувати її. Ураження ж костей дуже важко і дуже довго лікуються (часом роками) і можуть виникати знову, навіть, після загоєння початкової виразки. Вони також можуть бути причиною виникнення невиліковних деформацій костей.

Інфекція з глибоких належків може поширюватись через кров на весь організм, спричиняючи гарячку та загальне зараження, що може привести до смерті.

**Належки** - одна з основних причин смертності серед людей з пошкодженням хребта.

У людей з високим рівнем перелому (тетраплегіків) подразнення з місця належків може спричинити раптове значне підвищення тиску і сильний головний біль (автономна гіперрефлексія), що також може закінчитися смертю.

Через це необхідно, щоб родичі травмованої особи та самі травмовані якомога швидше отримували інформацію про попередження виникнення належків та лікування їх на ранній стадії, що дозволить їм вживати необхідних для цього заходів.

#### Запобігання утворенню належків

Уникайте перебування у тій самій позі протягом тривалого часу. Коли ви лежите перекидайтеся з боку на бік або зі спини на живіт щонайменше раз на дві години. Коли сидите, піднімайте тіло на руках (на 10-15 секунд) або змінюйте позу кожні 10-15 хвилин. Якщо немає слідів утворення належків, час між обертаннями можна поступово збільшити до 4-х годин. Щоб не забути перевертатися уночі, можна використати будильник.

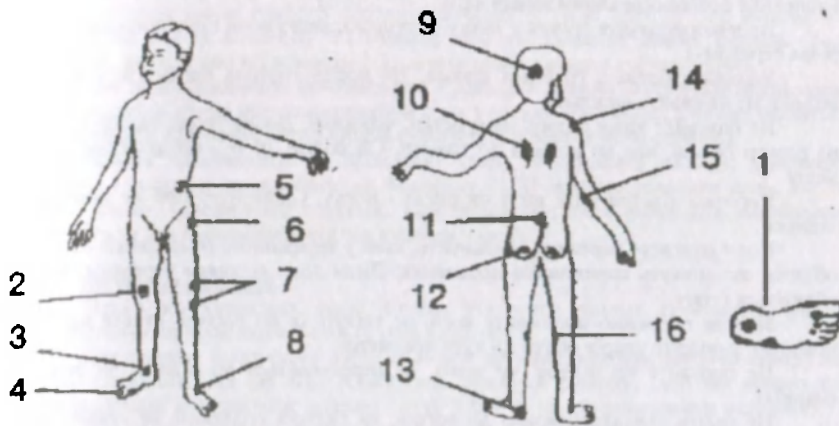
Викорисовуйте товсті, м'які набивні матеріали, подушки чи інші види прокладок, розташовані таким чином, щоб зменшувати тиск у ділянках тіла, де є небезпека виникнення належків. При цьому слід пам'ятати, що матраци чи інші прокладки мають знаходитися на жорсткій основі, щоб уникнути прогинання. При сидінні у кріслі дуже добре підходить виготовлена на дерев'яній основі подушка. Обтягнута овечою шкірою з опуклою нижньою частиною, щоб компенсувати прогин крісла.

Простирадла повинні бути чисті, сухі і якомога м'якші. Не допускайте утворення складок. Міняйте постільну білизну якомога частіше (бажано, щотижня) і обов'язково щоразу як вона намокла чи забруднилася. У людини, яка лежить на мокрому великий ризик виникнення виразок (особливо, якщо це внаслідок сечовиділення).

Доцільно купатися чи приймати душ, хоча б, раз на тиждень. Температура води у ванні не повинна перевищувати 36,5 °С. Знаходитись у ванні чи душі слід на м'якій прокладці. Після купання старанно витирайте тіло насухо. Витирати слід не тертям, а промоканням. Краще не вживати жодних кремів, масел чи тальку (хіба що на долонях та стопах, щоб уникнути розтріскування шкіри), оскільки ці засоби пом'якшують шкіру і роблять її більш вразливою. Ніколи не використовуйте розігрівачих кремів, лосйонів чи спирту.

Щоб запобігти утворенню належків медичний персонал, родичі або сам неповносправний повинні уважно оглядати шкіру по всьому тілу, принаймні, двічі на день (можна при цьому застосовувати ручне дзеркальце). Якщо помічене почервоніння чи потемніння, слід вжити додаткових заходів, щоб уникнути будь-якого тиску на цю ділянку тіла аж до повернення кольору шкіри до нормального.

Велике значення має повноцінне харчування. Корисно давати їжу багату білками (боби, яйця, м'ясо, рибу, молочні продукти), залізом (плоди шипшини, кавуни, дині,



Малюнок 7. Характерні місця утворення належків.

1. Стопи ніг.
2. Передня частина коліна.
3. Внутрішній виступ гомілкової кістки.
4. Основа великого пальця.
5. Гребінь тазових костей.
6. ВЕРХІВКА СТЕГНОВОЇ КІСТКИ.
7. Бокова частина коліна і верхівка гомілкової кістки.
8. Зовнішня частина гомілкової кістки.
9. Потилиця.
10. Лопасть лопатки.
11. КУПРИКОВА КІСТКА.
12. НИЖНЯ КРИВИЗНА СІДНИЦЬ.
13. П'яточна кістка.
14. Плече.
15. Лікоть.
16. Внутрішня частина колінного суглоба.

гарбузи, яйця, м'ясо), вітаміном С (чорну смородину, капусту, апельсини, цитрини, помідори, ягоди шипшини). Важливо також звертати увагу на недопустимість набирання неповносправним зайвої ваги.

Не викорисовуйте ґрілок у ліжку (особливо, якщо вони прикладаються нижче рівня перелому).

Уникайте одяжі з грубими швами. Не носіть гострих предметів у кишенях штанів. Не вживайте шпильок.

Не одягайте тісну одягу, шкарпетки, черевики. Добре, якщо одяга та взуття на розмір більші, ніж ви носили до травми. Слідкуйте, щоб у шкарпетках не було дірок.

Коротко підстригайте пітти на руках і ногах. Слідкуйте, щоб не утворились задирки.

Коли одягаєте черевики, пильнуйте, щоб у середині не було цвяхів чи інших об'єктів, які можуть спричинити поранення. Після того як зняли черевики, уважно обдивіться стопу.

Завжди обережно піднімайте ноги, не тягніть їх по підлозі, ставте на землю повільно, уникайте ударів об гострі кути предметів.

Не повзайте по підлозі чи землі, не пересувайтеся по підлозі чи землі на сидіннях.

Не сидіть занадто близько до вогню, чи батареї опалення; не ставте гарячі чашки чи тарілки собі на ноги, якщо курите (що небажано). пильнуйте, щоб на шкіру не потрапив гарячий попел (все це загрожує опіком, оскільки температурна чутливість шкіри втрачена).

Не зловживайте опалюванням. Краще взагалі уникати знаходження на сонці у гарячу пору дня (з 11.00 до 16.00). Якщо ж на вулиці холодно, потрібно прикривати ноги і нижню частину тіла, щоб уникнути переохолодження.

Ішемія, набряки, клітинна інфільтрація, анемія, венозні тромбози збільшують ефект від тривалого стиснення.

#### Набивні матеріали та прокладки для лежання і сидіння

Щоб уникнути належків, неповносправний повинен лежати чи сидіти на м'якій поверхні, яка зменшувала б тиск у зонах, де є небезпека їх виникнення.

Наприклад, можна лежати на рівній горизонтальній поверхні на товстому губчатому матраці. Непоганим є грубий матрац з пінополуретану, необхідно лише стежити, щоб він не був надто м'яким і не стискався цілком під вагою того, хто на ньому лежить, оскільки у цьому випадку він не рятуватиме від стиснення. Цілком придатним є також матрац з дрібнопористої гуми.

Уникнути виникнення належків можна також шляхом відповідного акуратного розташування подушок, м'яких прокладок чи складених м'яких простирadel. Особливо важливим це є у перші тижні чи місяці після травми, коли неповносправний повинен лежати рівно і коли його рухи повинні бути максимально обмежені. Подушки мають бути розташовані таким чином, щоб уникнути тиску у небезпечних місцях, підтримати хворого у найраціональніший спосіб та попередити контрактури. Ноги мають бути розділені прокладкою.

Усі особи з травмою хребта повинні використовувати для сидіння добрі прокладки, оскільки сидіння просто на твердому чи на невідповідній прокладці приводить до виникнення належків.

При сидінні у кріслі дуже добре підходить виготовлена на дерев'яній основі подушка з опуклою нижньою частиною (щоб компенсувати прогин крісла), обтягнута овечою шкірою.

Добрі прокладки можна виготовити з дрібнопористої гуми, особливо якщо її фігурно вирізати так, щоб максимально зменшити тиск на зони, де кистки підходять

близько до шкіри.

Іншим недорогим способом виготовлення прокладки є її конструювання на основі багатьох шарів грубого картону, склеєних до купи. Картон слід намочити і посидіти на ньому вологому 2-і години, щоб він прийняв форму сідниць. Тоді висушити, вкрити лаком і покрити 2-3 сантиметровим шаром губчатої гуми.

Для індивідуального виготовлення прокладки можна скористатися гіпсовою чи глиняною формою (неповносправний сідас у мілкий контейнер, у якому міститься м'яка глина чи алебастр і таким чином формується відбиток його сідниць).

Можна використати як прокладку стару велосипедну камеру, заповнену повітрям і складену як показано на Малюнку 8.. Можна використати одну, дві чи більше камер, залежно від потреби. Такі прокладки дуже добрі для запобігання наляжкам та для підкладання під час купання у ванні

#### Лікування наляжків.

Тільки на з'являється ранні ознаки утворення змінить положення тіла і, використовуючи прокладки, усуньте тиск на це місце

Для великих площ (кості тазу) це можна зробити, використовуючи камеру від колеса гуляйноги. На неї слід обов'язково покласти рушник, щоб він вбирив піт (спітніла шкіра, яка прилягає до гуми - дуже добре місце для виникнення наляжків).

Для місць з невеликою площею (таких як п'ята) НІКОЛИ не використовуйте кільце з одягу чи простирадла. Це може спричинити припинення кровопостачання усередині території, обмеженої кільцем, і погіршити справу.

#### **ЯКЩО НАЛЕЖОК ВЖЕ УТВОРИВСЯ:**

Цілком і надовго позбавте ділянку тіла з наляжком стиснення.

Утримуйте цю ділянку у цілковитій чистоті. Двічі на день обережно промивайте її кип'яченою водою з краю до середини. Не вживайте спирту, йоду чи інших сильних антисептиків.

Добре харчуйтеся. Якщо з виразки виділяється багато рідини, з нею втрачається багато білка і заліза. Ці втрати повинні бути швидко поповнені.

Не тріть і не масажуйте місце, де може формуватися наляжок. Це може спричинити розрив тканин і зробити виразку більшою.

#### **ЯКЩО ВИРАЗКА ГЛИБОКА І ПОВНА МЕРТВОЇ ТКАНИНИ:**

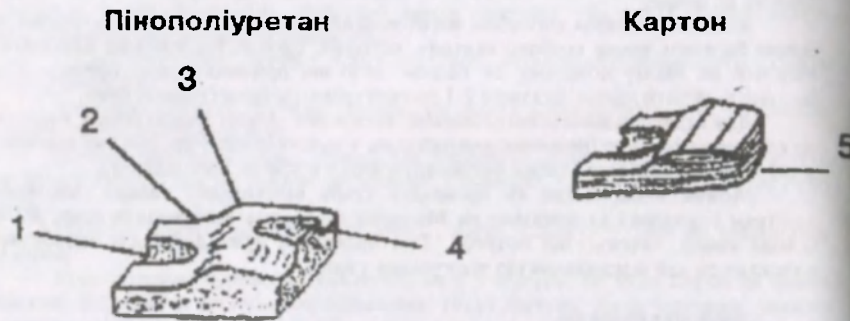
Очищайте виразку 3-чі на день.

Кожного разу намагайтесь зішкребти і виняти більше мертвої тканини. Часто ви можете виявити, що виразка зсередини більша, ніж здається зверху. Вона може заходити глибоко під край шкіри. Крок за кроком видаляйте мертвої тканину, доки не доберетесь до здорової червоної тканини (чи кості). Мертва тканина може бути сіра, чорна, зелена чи жовтувата. Якщо вона заражена, від неї може смердіти.

Кожного разу після закінчення очищення добре промийте виразку мильною водою. Якщо можливо, використовуйте рідке хірургічне мило. Після цього прополощіть виразку чистою (перевареною і охолодженою) водою. Для промивки можна використати великий скляний чи пластмасовий шприц. Кожного разу після промивки його треба вимити милом з водою.

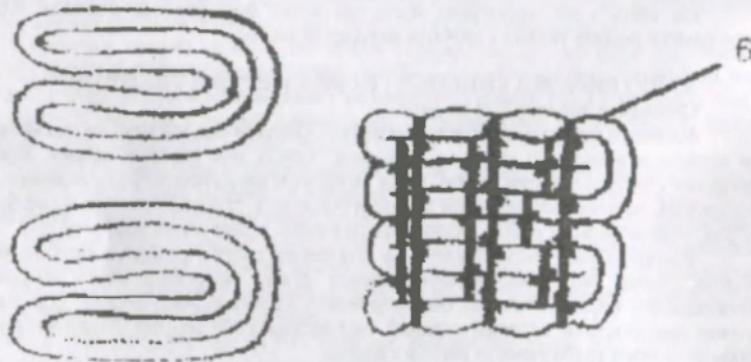
Якщо виразка заражена (гній, поганий запах, почервоніння, опухлість, шкіра довкола виразки гаряча, у хворого гарячка чи озноб):

- Промивайте її 3-чі на день як вказано вище.
- Дотримуйтесь усіх вказівок досвідченого лікаря.
- Необхідно взяти мазок з виразки для виявлення, який мікроб спричинив



Малюнок 8. Зразки прокладок для сидіння

1. Виріз позаду знімає тиск з куприкової кістки.
2. Зріз, спрямований назад, утримує сідниці від сповзання вперед.
3. Підйом допомагає перенести більше ваги на стегна.
4. Якщо необхідно, може бути введений "розділяч стегон".
5. Низ вирізаний по кривій, щоб відповідати сидінню візочка.
6. Зв'язати камеру тонкими гумовими смужками і наповнити повітрям.



запалення.

- Якщо культивування зразка з виразки неможливе, доцільно застосувати лікування пеніциліном, тетрацикліном або дікlossenіліном.

- Якщо виразка не загоюється, продовжується виділення рідини чи гною, може виникнути інфікування кістки чи цілого організму. У цьому випадку необхідне спеціальне лікування і, можливо, хірургічне втручання. Хворого треба доставити у лікарню.

Адреса лікарні, яка спеціалізується на лікуванні хворих з належаками: 340038, м.Донецьк, вул.Роднікова, 1, міська лікарня 15, тел. 062-2-76-63-52.

Один напольний спосіб лікування виразок.

Після того як виразка звільнена від мертвої тканини, наповнення її 2-чі чи 3-чі на день медом з цукром запобігає інфікуванню і пришвидшує одужання. Змішайте мед з цукром так, щоб утворилась досить густа паста. Після цього її буде досить легко закласти у виразку. Накрийте виразку товстим марлевим биндом.

Увага! Важливо наповнювати і очищати виразку щонайменше 2-чі на день. Якщо мед з цукром будуть занадто розбавлені рідиною з виразки, вони будуть не вбивати мікроби, а підгодовувати їх.

З цієї ж метою може бути використана меляса.

#### **Розділ IV. СЕЧОВИДІЛЕННЯ І СТІЛЕЦЬ**

Більшість осіб з травмою спинного мозку позбавлені контролю над сечовиділенням та виділенням калу. Це спричиняє цілий ряд незручностей, утруднень, соціальних та емоційних ускладнень. Це може також спричинити виникнення проблем з шкірним покривом (про що згадувалось у Розділі III), а також до небезпечних для життя інфекцій сечових шляхів.

Догляд за сечовиділенням.

Основною метою догляду є: запобігання інфікуванню сечоутворюючих та сечовидільних органів; догляд за самим собою, щоб залишитись якомога сушішим.

Зараження сечовидільної системи (нирок та сечового міхура) є досить частими у людей з травмою спинного мозку і однією з основних причин ранньої смерті. Через це необхідно докладати максимум зусиль, щоб запобігти попаданню мікробів у сечовий міхур. Дуже важливо, щоб неповносправний перебував у чистоті та навчився випорожнювати сечовий міхур регулярно і настільки повно, наскільки це можливо.

Якщо сеча залишається у міхурі, у ній можуть розмножуватись бактерії і спричинити інфекцію.

Для людей з різними типами міхура використовуються різні методи. **Спастичний (автоматичний) міхур** - у людей, у котрих є спастика і перелом вище L2 звичайно спостерігаються рефлекторні спазми стінок міхура. Коли він наповнюється сечею, стінки розтягуються, що викликає рефлекторний спазм і виділення сечі.

**Атонічний (в'ялий) міхур** - якщо у неповносправного немає спастики, то, зазвичай, і його міхур теж є атонічним. Незалежно від того скільки сечі у ньому є, він не стискається для випорожнення. Міхур розтягується до максимально можливих розмірів, а після цього надлишок сечі починає безперервно витікати. У цьому випадку міхур не випорожнюється повністю і ризик інфекції зростає.

Важливо встановити, який тип сечового міхура є у хворого. Протягом перших днів чи тижнів після пошкодження спинного мозку міхур залишається атонічним. Сеча або витікає увесь час або зовсім не виділяється. Потім, після проходження "спінального шоку" у осіб з переломами вище L2 міхур набирає ознак спастичного. У всіх інших він залишається атонічним.



Протягом перших днів чи тижнів у міхур повинен бути вставлений постійний катетер. Через 2 тижні доцільно його вийняти і перевірити як працює міхур, використавши один з нижченаведених методів.

Методи випорожнення для спастичного сечового міхура.

1. *Підняття засувки.* Цей метод спричиняє вироблення сечовидільного рефлексу, який спрацьовує, коли людина хоче випорожнитись. Його слід випробувати у першу чергу, оскільки він не передбачає введення якихось предметів у міхур.

Постукайте з середньою силою рукою по низу живота (над сечовим міхуром) протягом 1 хвилини, зупиніться і почекайте, щоб витекла сеча. Постукайте знову. Повторюйте доти поки сеча не перестане виділятися.

Бажано раз на тиждень перевіряти катетером кількість залишкової сечі. Якщо її залишається менше 150 мілілітрів цей метод можна використовувати і надалі. Якщо кілька разів її об'єм буде більший - це значить, що міхур не випорожняється достатньо добре і треба застосувати інший метод.

2. *Періодичне застосування катетера.* Цей метод дозволяє випорожнити міхур повністю до того як він переповниться. Стерильний катетер вводиться у міхур кожні 4 або 6 годин.

Увага! Якщо ви п'єте більше рідини, ніж звичайно, вводьте катетер частіше, щоб не допустити зовеликого розтягування міхура.

Якщо сеча витікає між введенням катетера, чоловіки можуть вбирати на пеніс кондом (презерватив), а жінки - використати велику санітарну прокладку чи пелюшку, щоб затримати сечу. Щоб запобігти інфекції ці речі слід міняти після кожного використання катетера і вимивати пеніс та шкіру довкола вагіни водою з милом.

Щоб запобігти інфекції при введенні катетера, необхідно, щоб ця процедура проводилась чистими руками з використанням стерильного або прокип'яченого катетера.

Перед введенням катетер слід прокип'ятити протягом 15-ти хвилин. Добре промийте пеніс (особливо під крайньою плоттю) або проміжок між губами матки. Помийте руки і після цього не торкайтеся ніяких речей, якщо вони не стерильні або не вимиті як слід. Покладіть довкола чисті простирадла. Одягніть хірургічні рукавички або протріть руки спиртом чи хірургічним милом. Вкрийте катетер мастилом, яке розчиняється у воді (не олією чи вазеліном). Відтягніть крайню плотть чи розкрийте маточні губи і протріть отвір сечовивідного каналу стерильним бинтом, просякнутим хірургічним милом. Обережно введіть катетер в отвір. Якщо потрібно, можна покрутити його, але **НІКОЛИ НЕ ВЖИВАЙТЕ СИЛУ**. Вводьте катетер доти, доки не почне виділятися сеча, а тоді ще на 3 сантиметри. При випороженні напружуйте м'язи живота або злегка масажуйте його низ, щоб воно було повне. Тоді вийміть катетер, добре промийте, прокип'ятіть і зберігайте у стерильній посудині.

Увага! Більшість катетерів можна прокип'ятити і використати ще не раз протягом, принаймні, місяця. Але його слід обов'язково викинути, якщо він стає надто жорстким чи ламким.

3. *Постійний катетер.* При застосуванні цього методу катетер залишається весь час у введеному положенні, щоб сеча постійно стікала з міхура. Постійний катетер застосовують зразу ж після травми, а у деяких випадках протягом місяців і років. Він з'єднується зі збиральним мішечком, який може бути прикріплений до ноги

під одягом.

Міхур при застосуванні постійного катетера може зморщуватись. Щоб цього не трапилось можна перетискати катетер на 4 години, а тоді відкривати на 15 хвилин, але не можна допускати накопичення у міхурі більше 1 л сечі, оскільки це може викликати дрож, збільшення спастики, підняття тиску і закінчиться крововиливом.

Якщо ви використовуєте постійний катетер, міняйте його кожні 2 тижні (або й частіше, щоб запобігти виникненню інфекції). У багатьох випадках це найпростіший метод, особливо якщо інші приладдя важко дістати. Однак постійний катетер може спричинитись до ряду ускладнень.

Через нього у міхур можуть потрапити бактерії, що веде до зростання ризику інфікування.

Постійне подразнення міхура може викликати утворення у ньому каменів.

Катетер може спричинити появу виразки з нижнього боку пеніса, через яку буде витікати сеча. Це може вимагати хірургічної корекції.

Щоб уникнути ускладнень потрібно:

- Завжди мити руки перед роботою з катетером та промивати шкіру довкола нього, хоча б, двічі на день.

- Для затискання катетера використовуйте **ЛИШЕ СТЕРИЛЬНИЙ КОРОК**, ніколи не використовуйте скляної ампули. Вона може тріснути і спричинити поранення.

- Збірний мішечок завжди має знаходитись нижче рівня міхура, щоб сеча не потекла назад.

- Закріплюйте збірний мішечок пластирем на нозі, коли ви сидите у візочку.

- Коли переміщуєте неповносправного не забувайте перемішати і збірний мішечок. Не дозволяйте йому натягувати катетер чи залишатись під людиною.

- Уникайте різких згинів чи скручень трубки.

- Регулярно перевіряйте чи виділяється сеча і чи не закупорений катетер.

4. *Катетер-презерватив*. Це практичний метод для всіх, хто не може контролювати сечовиділення. Він може використовуватись поряд з першим методом. Катетер-презерватив - це тонкий гумовий мішок, котрий надягається на пеніс. Він має трубку, яка з'єднується зі збірним мішечком.

Якщо такого катетера немає у продажу, його можна виготовити зі звичайного презерватива, до якого приєднати пластирем чи гумовою смужкою збираючу трубку. Можна також використати тонкий, дуже чистий пластиковий мішечок або (для дитини) - палець гумової рукавички.

Увага ! При закріпленні презерватива найкраще використати кільце, вирізане з м'якого пінополіуретану, пропустивши презерватив під ним, а потім натягнувши його зверху. Якщо матеріал, яким презерватив буде кріпитись не буде розтягуватись, це може спричинити зупинку кровопостачання пенісу.

Якщо пеніс може бути ерегтованим, намагайтесь одягнути на нього презерватив, коли він перебуває у цьому стані.

Раз на день знімайте презерватив і обмивайте пеніс.

Якщо можливо, знімайте його на ніч, використовуючи сечоприймач для збору сечі.

Часто оглядайте пеніс та презерватив, щоб переконатися, що все у порядку. Якщо пеніс пошкоджується, опухає чи виглядає запаленим зніміть презерватив, доки все не буде приведено до норми.

#### Методи випорожнення для атонічного сечового міхура.

##### Для чоловіків.

1. Вставляйте тимчасовий катетер кожні 4 чи 6 годин для випорожнення міхура. Між введеннями можна одягати презерватив, як це описано вище, щоб затримати сечу, яка витікає.
2. Можна використовувати постійний катетер (див.вище).
3. Інші можливості включають хірургічну операцію, яка дозволить сечі витікати до збірного мішечка через невеликий отвір у животі. Або у міхур вставляється через отвір у низу живота спеціальний катетер.

##### Для жінок.

1. Вони теж можуть використовувати постійний катетер, але це збільшує небезпеку проникнення інфекції.
2. Можна використовувати тимчасові катетери. Щоб збирати сечу у паузи між введеннями застосовують товсту санітарну прокладку або пелюшку. Їх треба часто міняти і часто прати, а також часто мити шкіру, щоб уникнути утворення виразок.
3. Використовується хірургічний метод.

#### Інші методи для представників обох статей.

Метод натискання: натискайте на сечовий міхур руками або намагайтеся вивести сечу, напружуючи м'язи живота або покладіть кулак на нижню частину живота і обережно тисніть, нахилившись уперед.

Цей метод теж може викликати деякі проблеми. Якщо м'язи сфінктера не розслабляються, щоб випустити сечу, натискання на міхур може витіснити її назад у нирки - спричиняючи їх пошкодження та інфікування. Тому цей метод може бути використаний, якщо сеча витікає вільно при легкому натисканні або якщо немає іншого способу.

#### Захворювання сечових шляхів.

Як уже згадувалось, у осіб з пошкодженням спинного мозку є висока вірогідність виникнення захворювання сечових шляхів (сечового міхура). Довгогривали чи неліковані захворювання є причинами ранньої смерті. Навіть, якщо вживати запобіжні заходи (про що буде сказано нижче) ризику захворювання не вдасться повністю уникнути.

Через це важливе раннє розпізнавання ознак захворювання і застосування ефективного лікування.

#### Ознаки можливого захворювання:

- Мутна сеча, часто з слідами слизу, гною чи крові; темна або червона сеча; сеча, яка дуже тхне або смердить.
- Посилення спазм сечового міхура; збільшення сечовиділення проти звичайного чи зміни у діяльності міхура.
- Біль у спині у середній частині (нирки) чи у боці (сечопроводи).

#### Інші можливі ознаки:

болі в організмі, загальне нездужання, посилення спазм м'язів, лихоманка, автономна гіперрефлексія (головний біль, високий тиск, тіло вкривається гусячками: див.також розділ VI).

#### Лікування.

При першій ознаці захворювання пийте ще більше рідини, ніж звичайно. Можливо, необхідним буде використання антибіотиків. Але уникайте частого використання антибіотиків, оскільки у цьому випадку їх ефективність може знизитись.

**ОБОВ'ЯЗКОВО ЗВЕРНІТЬСЯ ДО ЛІКАРЯ ДЛЯ ПРИЗНАЧЕННЯ КУРСУ ЛІКУВАННЯ.**

**НЕ ЗАЙМАЙТЕСЬ САМОЛІКУВАННЯМ.**

Рекомендовані антибіотики (у дужках можлива фабрична марка): група 1: <sup>силь</sup>фісоксазол\* (гангіризін); нітрофурантоїн (фурадантін, макродантін); група 2: ампіцилін (не вживати людям з алергією на пеніцилін); <sup>силь</sup>фаместоказол з триметропрімом\* (бактрім або септра); цефалексин (кефлекс); група 3: карбеніцилін (геоцилін); тетрациклін.

Увага! Багато з цих препаратів можуть часто викликати побічні ефекти; при вживанні медикаментів з позначкою \* необхідно пити багато води, щоб не спричинити пошкодження нирок, лікарства приймати лише у вказаних лікарем дозах.

Продовжуйте пити багато води поки триває лікування і деякий час після його закінчення. вживайте всіх запобіжних засобів.

Засоби запобігання захворюванню.

Пийте багато води та інших рідин, принаймні, два літри на день.

Їжте яблука, виноград чи журавлину (клюкву) - або пийте їх сік- чи вживайте вітамін С, щоб сеча була більш кисла. У кислому середовищі бактерії гірше ростуть. Апельсини і цитрини чи їх соки так само як і інші citrusові роблять сечу менш кислою.

Ваші руки, катетер та збірний мішечок повинні бути дуже чисті до, під час і після вашої роботи з сечовим міхуром.

Не лежть увесь день у ліжку. Будьте активні.

Не затикайте катетер нестерильним корком.

Не давайте сечі застоюватись у міхурі. Не допускайте, щоб катетер перегинався чи скручувався так, щоб сеча не могла витікати.

Контролюйте, щоб неповносправний чітко дотримувався своєї програми сечовиділення і сприяйте ПІДВИЩЕННЮ ЙОГО АКТИВНОСТІ.

Методика роботи з прямою кишкою при виділенні калу.

Особи з пошкодженням спинного мозку майже завжди втрачають контроль над діяльністю організму при виділенні калу. Наслідком може бути як неспрогнозоване каловиділення, так і запор. Останнє може призвести до автономної гиперрефлексії (див. розділ VI) або до розвитку непрохідності кишечника. Щоб уникнути запорів:

Пийте багато рідини.

Вживайте їжу, багату волокнами (висівки, боби, фрукти, овочі, горіхи, каші з зерен хлібних злаків).

Чітко дотримуйтесь програми каловиділення.

**БУДЬТЕ АКТИВНІ!**

Планування програми виділення калу.

Виконуйте її щоденно (або через день) у ту ж саму годину.

Робіть її, навіть, тоді, коли у особи розвільнення чи було перед цим мимовільне скорочення прямої кишки.

Проводьте її у той же час, коли особа була привчена виділяти кал до травми. Якщо це можливо, проводьте її, сидячи на унітазі чи горщику. Пряма кишка краще працює у сидячому положенні, ніж у лежачому.

Часом скорочення прямої кишки полегшує попереднє гаряче питво чи їжа.

Будьте терплячі. Часом до видимих змін проходять дні, а то й тижні.

**ВСІЯКО СТИМУЛЮЙТЕ АКТИВНІСТЬ НЕПОВНОСПРАВНОГО.**

#### Типи прямої кишки.

**Спастична пряма** кишка є у людей зі спастикою та спастичним сечовим міхуром. Вона буде відповідати скороченням на введення свічки чи стимуляції пальцем.

**Атонічна пряма** кишка - вона, звичайно, є у осіб без спастики та з атонічним сечовим міхуром. Вона не відповідає на стимуляцію пальцем. Кал при цьому може сочитися безперервно.

**Кишка, яка тягне назад** - не спастична і не атонічна. Якщо стимулювати пальцем, то калові маси не виділяються, а пересуваються у глибину.

#### Метод для спастичної прямої кишки.

Почніть зі свічки, якщо вона є у наявності. Пальцем, на який одягнута гумова рукавиця чи пластиковий мішок, змащений зверху олією, проштовхніть свічку на два сантиметри у глибину заднього проходу. Не встромляйте її у кал, а скеруйте у стінку кишки (часом досить стимулювати пальцем без свічки).

Почекайте 5 або 10 хвилин. Тоді допоможіть неповносправному сісти на горщик або унітаз. Якщо він не зможе сидіти, покладіть його на лівий бік на старі газети, чи іншу підстилку.

Введіть змащений палець у задньопрохідний отвір на 2 сантиметри. Обережно робіть колові рухи пальцем протягом 1 хвилини, доки сфінктер не розслабиться і кал не почне виходити. Повторіть цю дію 3-4 рази або доти, доки не буде відчуватися відсутності калу у кишці.

Витріть задньопрохідний отвір і помийте руки.

#### Необхідні матеріали

Нестерильна рукавиця або пластиковий мішок.

Масило (рослинна олія чи мінеральне масло добре придатні).

Старий папір чи газета.

Мило і вода.

Якщо є, свічки.

#### Метод для атонічної прямої кишки

У цьому випадку кал доводиться вибирати пальцями. Найкраще це робити після кожного прийняття їжі або, принаймні, раз на день.

Якщо це можливо, робіть це сидячи на унітазі чи горщику або лежачи на лівому боці.

Одягнути рукавицю і змащеним пальцем вийняти так багато калу як можна.

Оскільки при атонічній прямій кишці кал, здебільшого, рідкої консистенції, заживайте їжу, яка буде його ущільнювати і дещо затримувати (не вживайте багато розвільнюючих продуктів).

#### Метод для кишки, яка тягне назад.

Перш за все, слід змазати задньопрохідний отвір у глибині знеболюючим кремом (типу Калокаїн). Якщо крему немає, змі шайте рідкий Калокаїн (чи Лідокаїн) для ін'єкцій з вазеліном. Почекайте кілька хвилин і використайте метод для спастичної кишки.

#### Інші важливі вказівки.

Не використовуйте регулярно клізми чи сильні проносні засоби. Вони розтягують кишку, пошкоджують її м'язи і утруднюють виконання регулярної програми виділення калу. Слабкі проносні засоби можуть бути використані зрідка, при погребі. Однак, ниття більшої кількості рідини і вживання їжі, багаті

волоконнами, буває достатньо.

Якщо у калі видно сліди яскравої крові, очевидно під час виконання програми каловиділення ви пошкодили судину. Будьте більш обачні! Якщо є темні сліди старого крововиділення, а кал чорний і смолянистий - зверніться до лікаря.

Невелика порція рідкого калу може бути ознакою "непрохідності" (куля з твердого калу застрягла у кишці). Лише рідина може проходити повз неї. Не давайте ліків від розвільнення - це може погіршити ситуацію. Спробуйте вийняти кулю пальцем, а краще - зверніться до лікаря.

Не відкладайте проведення регулярної програми з виділення калу на потім. Вона має велике значення для здоров'я. Починайте одразу.

#### Розділ V. СКЕЛЕТ І М'ЯЗИ ТУЛУБА. КОНТРАКТУРА, СПАСТИКА.

Одним з основних завдань догляду за неповносправним з пошкодженням спинного мозку має бути запобігання обмеженню рухливості у суглобах, а також розвитку контрактур, які впливатимуть на його функціональні можливості. Обмеження рухливості у суглобах та зменшення скоротливих можливостей м'язів (контрактура) може призвести до деформації скелету. Свій вклад у збільшення ризику виникнення деформації вносять погіршення кровообігу у певній ділянці тіла, відкладення солей кальцію у м'яких тканинах довкола суглобу, тривала дія спастичних м'язів на кістці скелету, навіть, сила тяжіння (при тривалому знаходженні у неправильній позі).

У всіх випадках основним і, практично, єдиним засобом профілактики є рухливість неповносправного. У перші тижні після операції пам'ятаючи про те, що відбувається загоєння місця перелому чи рани і потрібно уникнути можливості дальшого пошкодження спинного мозку, на передній план виступає робота медперсоналу та сім'ї неповносправного. Їх завданням є слідкувати за тим, щоб той, хто одужує, знаходився у правильній, з медичної точки зору, позі, змінювати її згідно часових проміжків, вказаних у III-му розділі, а також проводити пасивні рухи кінцівок. Окрім усього іншого, дотримання правильної пози сприяє профілактиці виникнення ускладнень з кровообігом та зменшує ризик утворення належків.

Вибір пози та її підтримання залежить від багатьох факторів. Один з них - це рівень перелому. Наприклад, якщо у людини перелом у шийному відділі, то необхідна фіксація шиї (спеціальним шийним комірцем, мішечками з піском, спеціальним тримачем голови). При переломі у грудному чи поперековому відділі фіксація шиї не є суттєво необхідною, але важливо, щоб були обмежені рухи у нижніх відділах спини. У цьому випадку слід також пильнувати, щоб не виникло скривлення хребта (лордоз). Необхідної пози можна досягти шляхом відповідного підкладання подушок.

Інший фактор, на який слід звертати увагу - кількість людей, яка є у наявності, щоб здійснювати зміну пози неповносправного через регулярні інтервали. Перевертання з положення на боці у положення горілиць, на інший бік та у зворотньому напрямку є необхідним. Під час зміни пози спина повинна бути весь час прямою, тому важливо, щоб цим займалися, принаймні, три особи, які пройшли певний інструктаж. Для полегшення завдання можна скористатися набором щільних подушок, чи, якщо є у наявності, матрацом, складеним з кількох секцій, які поміщені під голову, ноги, тулуб, розділяють ноги та підтримують стопи. Дуже добрим виходом, особливо за відсутності достатньої кількості людей, чи у випадку тетраплегії є використання функціонального ліжка.

### Пасивні рухи

Пасивні рухи ногами (при параплегії) виконуються, принаймні, двічі на день по 10 хвилин протягом перших 3-6 тижнів після операції і можуть згодом бути зменшені до одного разу на день, якщо досягнутий нормальний рівень кровообігу та рухливості у суглобах. Необхідно здійснювати рухи по черговою обома ногами.

Виконувати їх слід дуже обережно, щоб не пошкодити суглоб та м'які тканини довкола нього та уникнути виникнення м'язових спазм (спастики).

Для цього треба знати, який може бути природній розмах рухів, вони повинні здійснюватись у звичній для даного суглоба площині. Рухи потрібно здійснювати повільно і на повний можливий розмах, принаймні, двічі на кожен суглоб щоразу. У перші кілька тижнів, щоб уникнути больових відчуттів у місці перелому можна дещо зменшити кількість рухів.

Перерозтягування м'яких тканин може спричинити їх пошкодження, але під час виконання рухів потрібно намагатися досягти природньооможливої довжини таких структур як м'язи, сухожилля, зв'язки і фасції. Це буде мати значення у майбутньому. Так, для тривалого сидіння, наприклад, у візочку потрібна достатня довжина підколінних зв'язок. Потрібно слідкувати, щоб пальці на ногах не згинались або не скручувались, оскільки це утруднить одягання черевиків та може сприяти утворенню належків. Щоб уникнути утворення контрактур, які викличуть формування "стопи балерини" (стопа і пальці витягнуті як у балерини, яка танцює) особливо, коли наявна спастика, треба, щоб стопи перебували під кутом 90° до гомілки (як у здорової людини, коли вона сидить). Це досягається підкладанням під ноги підтримуючих валиків чи платформ. Дотримання цього правила полегшить у майбутньому переміщення неповносправного з ліжка на крісло, унітаз чи до ванни.

Щоб покращити кровообіг у кінцівці рухи повинні здійснюватись протягом, хоча б, 3-х хвилин кожною ногою і не обов'язково на повний можливий розмах. Під час виконання рухів стегном потрібно слідкувати, щоб не було рухів спини у поперековому відділі. Якщо є ознаки опухання ноги, припиніть проведення пасивних рухів і зверніться до лікаря.

Після того як пройде спинальний шок, до м'язів ноги повертається тонус. Це вимагає особливо уважної і обережної роботи під час проведення процедури; щоб запобігти виникненню спастики руки того, хто займається проведенням пасивних рухів повинні бути гладенькі і теплі.

При гетраплегії необхідно виконувати пасивні рухи у всіх суглобах верхніх кінцівок, над якими неовносправний втратив контроль. Потрібно досягти відновлення природнього розмаху (амплітуди) рухів у плечовому поясі. Якщо не приділяти цьому належної уваги, розмах рухів швидко зменшується. Під час лежання рекомендується розкидати руки в боки (на 1-2 години 3-чі на день). При переломах на рівні С5 важливо звертати увагу на рухи у ліктьовому суглобі, оскільки тут можливий розвиток контрактури внаслідок активності біцепса та параліча трицепса. Дуже важливе значення має щоденне пророблення суглобів рук та кисті. Це дозволить запобігти утворенню так званої "пташиної лапи".

Через 8-12 тижнів після операції, коли хребет можна вважати достатньо зміцнілим, щоб можна було здійснювати рухи тулуба і переходити у вертикальну позицію, неповносправний повинен починати сам активно займатися профілактикою контрактури і обмеження рухів у суглобах, згідно правил, викладених вище, а також самообслуговуванням (умиванням, одяганням і т.д.) (див. розділ X).

### Спастика.

Одразу ж після травми спинного мозку розвивається "спинальний шок". Паралізовані частини тіла є атонічними або в'ялими. Пізніше, (через декілька днів чи тижнів), коли ногу пересунути чи доторкнутись до неї вона починає "стрибати" (серія

рижків, які називають "клонусом"). Ноги можуть також "дерев'яніти", особливо, коли випростовується стегно чи спина. Але це не означає, що до людини повертається відчуття дотику або відновлюється здатність ходити. Причиною цього явища є неконтрольована активність мотонейронів у сегментах спинного мозку, розташованих нижче рівня пошкодження.

Сильна спастика може послужити передумовою утворення належків, контрактур, деформації скелета та обмеження функціональних можливостей людини. Навіть, у людей з неповним пошкодженням, які частково контролюють рухи тулуба і кінцівок, спастика стає на перешкоді підтримання нормальної пози та рухів тіла.

Сила спастики залежить від ефективності раннього лікування, пози, у якій знаходиться неповносправний та сили сигналів, які надходять від шкіри, глибоких тканин та сечового міхура. Виразки, запалення сечового міхура, контрактури, переломи спричиняються до збільшення стимуляції мотонейронів, що приводить до посилення спастики. Утворюється замкнуте порочне коло, яке збільшує ризик виникнення ускладнень та погіршення можливості підтримання пози та діяльності. Психологічні стреси також спричиняють посилення спастики.

Хоча на силу спастики впливає багато факторів, можна спробувати її зменшити. Для цього:

- уникайте різких рухів;
- не допускайте надто великого розгинання у суглобах при проведенні пасивних рухів;
- дотримуйтесь інструкції з запобігання утворенню належків, виникненню запалень сечових шляхів та розвитку контрактур;
- стояння за допомогою милиць, спеціальних рам для стояння може усунути спастичу.

Якщо виконання цих умов не приводить до зменшення спастики, слід вдатись до медикаментозного лікування (використати м'якорелаксанти та антиспастичні засоби згідно припису лікаря). Ефективним може також бути введення ЛІКАРЕМ чи МЕДСЕСТРОЮ фенольних чи спиртових розчинів у рухові точки м'язів. При відсутності ефекту треба вдатись до хірургічного втручання. Можливим його варіантом є подовження сухожиль гіперрефлексивних м'язів або перерізка периферійних нервів, нервових корінців чи ізольованих частин спинного мозку.

Разом з тим, слід відзначити, що спастика до певної міри корисна для покращення кровообігу, уникнення небезпеки атрофії м'язів, навіть, для виконання деяких рухів (підняття важких предметів, повертання ключів у замку, тощо).

## Розділ VI. СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА.

У тетраплегіків та параплегіків з високим рівнем перелому (вище Th6) артеріальний тиск є нижчий, ніж у людей без травми (гіпотензія). Здебільшого тиск стабілізується у районі 100/60 міліметрів ртутного стовпчика, що цілком достатньо для нормального кровообігу у тканинах, коли неповносправний перебуває у лежачій позиції. Якщо при цьому немає ніяких проблем з виділенням сечі (принаймні, 30-40 мілілітрів на годину) та психічних відхилень, немає необхідності застосовувати якісь коригуючі заходи. Якщо тиск опускається нижче цієї цифри, необхідне термінове лікарське втручання (можливий набряк легень, розлади мозкового кровообігу, тощо).

У згаданих вище неповносправних можливе також зменшення пульсу до 44-48 ударів на хвилину (брадикардія) без будь-якої загрози їх здоров'ю та життю. При більш значному зменшенні пульсу терміново зверніться до лікаря. НЕ ЗАЙМАЙТЕСЬ САМОЛІКУВАННЯМ. У всіх людей з травмою спинного мозку, а особливо у тих, хто страждає від ішемії міокарда, велика вірогідність виникнення аритмій.



Слід відмітити, що серцево-судинна система досить швидко пристосовується до діяльності у нових умовах і через тиждень після травми її робота стабілізується. Однак, можуть розвинути інші ускладнення.

#### Оростатична гіпотензія.

У всіх неповносправних з повною або майже повною тетраплегією перший перехід з лежачого до сидючого положення може супроводжуватись непритомністю через відтік крові від мозку внаслідок зміни положення тіла. Щоб цього уникнути слід дотримуватись ряду правил.

Перед тим, як переходити до сидіння, лежачи на ліжку піднімайте щодня з нього голову на все довший і довший час. Переходьте до сидючого положення поступово через положення напівлежачи (найкраще використовувати функціональне ліжко). Краще, щоб цей період займав один-два тижні (для кращого пристосування серцево-судинної системи). Кут нахилу слід змінювати після того, як систолічний (верхній) тиск у неповносправного утримується протягом години на рівні 90 міліметрів ртутного стовпчика при даному куті. Якщо у травмованого під час сидіння починає паморочитись голова або він відчуває слабкість - обережно покладіть його на спину і після нормалізування тиску розпочинайте підйом знову.

Щоб сприяти відтоку крові від кінцівок під час сидіння доцільно, щоб тетраплегіки одягали еластичні шкарпетки. Використовувати їх слід доти, доки у хворих перестануть набрякати ноги під час перебування у сидючому положенні протягом цілого дня (декому доводиться використовувати їх постійно). Черевний бандаж (подібний до того, який використовується при грижі) теж може прислужитися у покращенні венозного відтоку крові. Руки теж можна бандажувати подібно до того, як це роблять боксери, готуючись до поєдинку.

#### Автономна гіперрефлексія.

Після проходження "спінального шоку" у неповносправних з пошкодженням спинного мозку вище T<sub>6</sub> можуть траплятися гіперрефлексивні прояви: підвищення тиску, значне виділення поту (особливо, на голові), "гусяча шкіра", сильний пульсуючий головний біль, почервоніння шкіри. Раптове значне підвищення тиску може спричинитись до летального закінчення.

Причиною автономної гіперрефлексії є, зазвичай, переповнення і перерозтягнення стінок сечового міхура або прямої кишки, запалення сечового міхура чи нирок або наявність каменів; наявність належків або, навіть, просто лежання на невеликому предметі (горошина, горіх, тощо); опіки; спазми стінок матки (особливо перед або у перші дні жіночих місячних чи під час пологів).

Щоб упоратися з нею, необхідно вжити термінових заходів до зменшення тиску: якщо можливо, перевести травмованого у сидяче положення, щоб зменшити вплив високого артеріального тиску на судини мозку; змінити позицію тіла; зняти шкарпетки, якщо вони дуже стискають ногу; опустити ноги до низу; розстебнути пояс або ремінь.

Далі займіться причиною, яка могла викликати підвищення тиску з тим, щоб її усунути:

Перевірте чи повний сечовий міхур. Якщо катетер на місці, перевірте чи не має він згинів, які не дозволяють сечі витікати і випростуйте його. Якщо катетер забитий, прочистіть його або замініть. Якщо катетер не вставлений і неповносправний не може випорожнитись - введіть катетер.

Якщо причиною є запалення, введіть у міхур через катетер анестезуючий розчин (наприклад, 10 кубічних сантиметрів 1% розчину лідокаїну у 20 кубічних сантиметрах кип'яченої води) - це має зробити лікар - перетисніть катетер на 20 хвилин, а тоді дайте рідині стекти. Займіться лікуванням запалення.

Якщо справа не в сечовому міхурі, перевірте пряму кишку, чи вона не повнена каловими масами. Якщо це так, анестезуйте стінки кишки (желе лідокаїну, ефір докаїну), зачекайте доки не мине головний біль і обережно прочистіть кишку.

Якщо ці заходи не дають результатів, терміново зверніться за лікарською допомогою.

Якщо у неповносправного приступи гіперрефлексії є частими або вони рідкі, але дуже важкі, а також, якщо важко встановити їх причину, зверніться за допомогою до спеціаліста з спинномозкових травм і до уролога.

#### **Тромбоемболізм.**

У хворих з травмою спинного мозку великий ризик утворення тромбів у судинах внаслідок їх тривалого нерухомого положення та можливого пошкодження стінок судин. Найбільш значним ризик є протягом перших 90 днів після травми, але він не набагато менший і пізніше. У тетраплегіків висока частота захворювання на закупорку тромбами легневих судин.

Запобіжними заходами для профілактики виникнення та розвитку тромбів можуть служити наступні: піднімання ніг людини, поки вона прикута до ліжка, виконання пасивних рухів у суглобах, вбирання еластичних панчіх під час сидіння. Необхідним є також постійний лікарський контроль з використанням усіх наявних його методів, а при виявленні утворення тромба - відповідне лікування, яке повинне здійснюватись лише лікарем.

### **Розділ VII. ДИХАЛЬНА СИСТЕМА.**

У осіб з високим рівнем травми спинного мозку (вище Th6) частина дихальних м'язів часто буває паралізована. Це приводить до зменшення життєвої ємності та вентилування легень. Через якийсь час м'язи, які можуть скорочуватись, збільшують свою силу і дихання поліпшується, але дуже часто вони залишаються слабкими. Слід також відмітити, що у таких людей набагато збільшується ризик виникнення інфекцій верхніх дихальних шляхів. Внаслідок паралічу м'язів живота їм також важко кашляти і відкашлювати мокроту, у них більший ризик захворіти запаленням легень. Розвиткові ускладнень у дихальній системі також сприяють хронічні хвороби (бронхіти, тонзиліти, астма, тощо), а також куріння.

Якщо неповносправний простудився, для допомоги у видаленні мокроті треба під час того, як він кашляє або намагається різко видихнути повітря, обережно натиснути на грудну клітку у нижній її частині та на верхню частину живота у напрямку донизу. Перед тим, як почати виконувати такі процедури, необхідно пройти консультацію у спеціаліста з реабілітації, щоб ваші зусилля не пошкодили ребер та не спричинились до зрушень хребта. Таку процедуру слід повторювати декілька разів на день (принаймні, раз на 6 годин), а якщо неповносправний простудився або мокроти у легенях та горлі накопичується багато, потрібно збільшити кількість повторів. Якщо мокроти багато, можна також для полегшення її видалення покласти людину животом на якесь підвищення (подушку, валик) і поплескати її жваво по спині (це можливо лише після загоєння місця травми і зростання хребта). Для полегшення виділення мокроті необхідно пити багато рідини.

Людині з травмою спинного мозку доцільно також декілька разів на день робити по кілька глибоких вдихів та видихів (не слід виконувати їх багато разів підряд, це може привести до паморочення голови і, навіть, втрати свідомості через занадто велике вентилування легень). Вдих краще робити через ніс, а видих повільно і без зусилля, через нещільно стулені губи. Такі вправи сприятимуть збереженню еластичності легень, стимулюватимуть дихальні м'язи, служитимуть засобом для профілактики застійних явищ у легенях.

Для контролю за станом дихальної системи слід щоденно протягом, принаймні, 4-х тижнів після травми перевіряти життєву ємність легень. Якщо вона зменшується до величини нижче 1,5 літра, неповносправного слід на 10-12 годин щоденно підключати до апарату штучного дихання, при величинах 1,0-1,2 літра, таке підключення має бути пілодобове.

Після того як людина з травмою спинного мозку виписалась з лікарні, необхідно під час кожного відвідин лікаря вдома звертати увагу на старанний огляд дихальних шляхів та прослуховування легень, а за можливості, перевіряти і дихальну ємність легень, щоб запобігти розвиткові інфекцій. Треба також пильнувати, щоб неповносправний не переохолоджувався, а знаходився у теплі, а також переконати його кинути палити, оскільки куріння набагато збільшує ризик виникнення захворювань дихальної системи.

### Розділ VIII. ХАРЧУВАННЯ.

У цьому розділі будуть підкреслені ще раз деякі моменти, про які вже згадувалось (див. Розділ I, II), щоб наголосити на їх важливості, а також подана деяка нова інформація, котра, напевно, буде корисна для формування калорійної, збалансованої, з достатнім вмістом вітамінів і мікроелементів дієти.

Відповідне харчування особливо важливе у перші тижні після травми, коли загоюються м'які тканини та йде зрошення кісток. Людині середніх розмірів тіла у цей час необхідно, у середньому, споживати 3000 кілокалорій на добу. Необхідно, щоб харчові продукти, які споживаються, були багаті білком (боби, яйця, риба, м'ясо, молоко, молочні продукти, геркулес, рис).

Щоб запобігти запаленню сечових шляхів, їжте яблука, виноград чи журавлину (клюкву) або пийте їх сік.

Пийте багато рідини (не менше 2 літрів у день). Це сприятиме виведенню шлаків з організму і теж послужить профілактичним засобом щодо запалення сечових шляхів.

Споживайте їжу багату волокнами (висівки, фрукти, овочі, боби, горіхи, каші з хлібних злаків). Це дозволить запобігти утворенню запорів.

У раціоні неповносправного повинна бути достатня кількість жирів та вуглеводів. При вживанні перших слід віддавати перевагу продуктам рослинного походження (соняшниковій, конопляній, соєвій олії, горіхам), оскільки надмірне вживання тваринних жирів (сала, смальцю, масла) може бути шкідливим для організму. Окрім того, у рослинних продуктах містяться деякі сполуки (ненасичені жирні кислоти), яких немає у тваринних жирах і які є життєво необхідні для організму. При надлишковому вживанні жирної їжі у людини з часом може розвинути ожиріння, що негативно відіб'ється на її здоров'ї. Щодо вуглеводів, які забезпечують майже 2/3 енергетичних потреб організму, то їх найбільше міститься у хлібі та інших мучних продуктах, бобах, картоплі, менше у молоці, овочах.

Добовий харчовий раціон дорослої людини повинен містити приблизно 90-120 грамів білка (одразу ж після травми і до повного її загоєння доцільно дещо збільшити цю кількість), 50-90 грамів жиру (сюди враховується не лише вершкове масло, олія, а й жир м'яса, риби, сиру, молока, кондирів), 400-500 грамів вуглеводів (при цьому кількість цукру та солодощів не повинна перевищувати 80-100 грамів).

Для нормальної життєдіяльності необхідно, щоб разом з їжею, крім білків, жирів і вуглеводів людини отримувала достатню кількість таких біологічно важливих речовин як вітаміни. Нижче наведений перелік вітамінів, необхідних організму та вказано, у яких продуктах їх вміст найбільший, а також добова потреба:

Вітамін А (ретинол) - риб'ячий жир, вершкове масло, яйця, печінка, ікра риби, молоко, шпинат, абрикоси, червоний перець - 1 міліграм.

- Вітамін В1 (тіамін) - пивні дріжджі, гречкьї горіхи, яйця (жовток), вівсяна мука, боби - 2-3 міліграми.
- Вітамін В2 (рибофлавін) - дріжджі, зерна злаків, томати, шпинат, капуста, яйця, печінка - 1,5 міліграма.
- Вітамін В6 (піридоксин) - зерно, м'ясо, печінка, дріжджі, а також синтезуються бактеріями кишечника людини - 2-4 міліграми.
- Вітамін В12 (ціанкобаламін) - печінка, нирки, синтезується в організмі.
- Вітамін С (аскорбінова кислота) - лимони, апельсини, чорна смородина, томати, картопля, капуста, ягоди шипшини, перець, печінка - 50-100 міліграмів.
- Вітамін D (ергокальциферол) - риб'ячий жир, жовтки яєць, печінка, тваринні жири, може синтезуватись у організмі на сонці - 10-25 міліграм.
- Вітамін Е (альфа-токоферол) - салат, олія, м'ясо, яйця, проростки пшениці.
- Вітамін К (філохінон) - салат, морква, капуста, шпинат, може синтезуватись в організмі.
- Вітамін Н (біотин) - молоко, жовток яйця, печінка, дріжджі, може синтезуватись в організмі - 10 міліграм.
- Вітамін РР (нікотинова кислота) - зерно, дріжджі, м'ясо, печінка, овочі, ягоди, житній хліб, серце, нирки - 12-20 міліграм.
- Фолеєва кислота - капуста, салат, шпинат, томати, морква, рис, печінка, нирки, яйця, каші з хлібних злаків, картопля, боби, може синтезуватись в організмі - 400 міліграм.
- Пантотенова кислота - є майже у всіх продуктах, може синтезуватись в організмі - 5-10 міліграм.

Увага! Фрукти та овочі перераховані вище, краще вживати сирими, оскільки тривала квіпарна обробка зменшує їх вітамінну цінність.

Окрім вітамінів важливим є надходження до організму мінеральних солей. Значні їх кількості містяться у свіжій зелені, овочах, різних харчових продуктах рослинного походження. Зелена петрушка, цибуля, кріп містять солі кальцію і фосфору, особливо необхідні при зрошенні переломів; солі заліза та кобальту є у кавунах, гарбузах, динях; у плодах шипшини значний вміст солей марганцю, заліза, міді.

#### Розділ ІХ. ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.

Треба чітко усвідомлювати, що найважливіше питання, яке людина з травмою задає собі і всім оточуючим: "Чи завжди я буду паралізована?". Відповідь на нього залежить від кількох факторів. Перш за все: від того, наскільки серйозно був травмований спинний мозок. Якщо параліч нижче пошкодження не є повним (наприклад, якщо є деяка чутливість і деякий контроль над рухами ніг), то шанси на покращення вищі.

Звичайно, найбільше поліпшення досягається у перші місяці після травми. Чим більше часу минуло з моменту пошкодження без будь-якого покращення, тим менше шансів на зміни у відчутті та рухливості.

Якщо параліч не пройшов протягом року після травми, він, практично, залишиться назавжди. Дуже важливо якомога делікатніше допомогти усвідомити це самому неповносправному та його родині. Важливо, щоб людина з травмою навчилася жити, будучи паралізованою, настільки повнокровним життям, наскільки

це можливо, а не очікувала надарсмно дива зцілення чи переходила з лікарні у лікарню у пошуках лікування.

Найкращий вихід - бути чесним з травмованим. Поясніть йому ту ситуацію, у якій він опинився, настільки чітко, правдиво і делікатно, наскільки зможете. Пам'ятайте, що людина легше сприймає реальність, якщо її готувати до цього поступово.

Безперечно, як самому неповносправному, так і його родині, дуже важко сприйняти правду. У всіх виникає почуття непевності і страху перед майбутнім. Людина з травмою може впасти у глибоку депресію, безпричинну лють, відмовитись спілкуватись, виявити схильність до самогубства, може, навіть, не погоджуватись сісти у візочок, оскільки це буде рівнозначно її визнанню того, що вона вже ніколи не зможе ходити.

Немає абсолютних відповідей чи порад для всіх людей, для всіх випадків. Можна лише навести декілька порад, які можуть стати у пригоді.

Усвідомте, що страх, депресія чи гнів є природними реакціями і що їх можна перебороти лише любов'ю, розумінням і підбадьоренням.

Будьте відвертими з травмованим щодо його неповносправності. Не кажіть йому: "Ми можемовилікувати тебе" або "Незабаром тобі буде краще і ти зможеш ходити". Цілком вірогідно, що це неправда і кажучи так, ви лише утруднюєте людині прийняття своєї неповносправності та розпочинання нового життя. Окрім того, якщо покращення не настало, особа з травмою стає більш недовірливою, страх і непевність збільшуються. Нарешті, для неї буде набагато легше, якщо ви делікатно поясните їй правду.

Всіляко намагайтесь розумово завантажити неповносправного: грою, роботою, дослідженням, тощо. У той же час, уважно ставтесь і намагайтесь підтримати людину, коли їй важко чи боязно. Дозволяйте їй поплакати, втіште її, коли вона плаче, але не кажіть їй не плакати. Плач допомагає зменшити напругу і страх.

Розпочинайте вчити травмованого вправам, активним рухам, навичкам самообслуговування (щоб вчився використовувати свої руки і тіло) настільки швидко, наскільки це можливо. Розпочинайте з того, що він може і рухайтесь далі.

Намагайтесь, щоб неповносправний міг бачити, говорити чи знати про життя інших осіб з травмою спинного мозку, а особливо тих, хто живе активним, повнокровним, щасливим життям. Запросуйте у гості його друзів, щоб він міг спілкуватись з ними.

Заохочуйте людину до того, щоб вона допомагала собі сама настільки наскільки може. Дозвольте їй робити все, що може - нехай це відбиратиме більше часу, ніж це зробили б ви самі.

Допомагайте, дозволяючи людині допомагати самій собі якомога більше. Наскільки це можливо, уникайте використання заспокійливих засобів чи інших сильнодіючих медикаментів. Потрібно, щоб у травмованого думка працювала жваво та була здатність активно рухатися протягом цілого дня.

#### **Розділ X. ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ. РОЗВИТОК НАВИЧОК І САМООБСЛУГОВУВАННЯ.**

Більшість ускладнень у людини з травмою спинного мозку виникає через те, що вона проводить багато часу лежачи або сидячи. Щоб тіло було здорове, потрібно, щоб воно рухалося. Недостатня рухливість та активність погіршує кровообіг. Вона може призвести до утворення належків, опухання ніг, тромбозів (особливо у ногах), зменшення міцності кісток та збільшення небезпеки переломів, утворення камнів у

сечовому міхурі та нирках, підвищення ризику інфікування сечових шляхів та загальної фізичної слабкості і поганого здоров'я.

З допомогою та підтримкою родини, друзів, лікарів, людина з травмою спинного мозку може навчитись бути настільки незалежною, наскільки це можливо у її стані щодо таких речей як пересування, харчування, купання, справляння природних потреб, а, з часом, і в інших випадках. Необхідно розпочати якомога раніше, щоб не потрапляти у надмірну залежність від медперсоналу. Потрібно допомогти травмованому зрозуміти, що він може зробити сам, прагнучи, щоб він міг зробити якомога більше.

Прогрес у напрямі збільшення активності та розвитку навичок самообслуговування може бути, особливо на початку, повільним і не надто обнадійливим. Тут важливою є роль спеціаліста з фізичної реабілітації. Він повинен розробити гаку програму повернення до активного способу життя, щоб вона, з одного боку, не була надто повільною, що може бути психологічно виснажливо (надокучливо) для пацієнта, а, з другого боку, не була надто інтенсивною, щоб не викликати перевтоми, яка може привести до погіршення здоров'я. Неповносправний повинен навчитись підтримувати правильну позу (щоб уникнути викривлень хребта) та утримувати баланс у різних позиціях без підтримки спинки ліжка чи крісла або власних рук (див. Малюнок.9). Розпочинати навчання з підтримання рівноваги краще з положення, коли пацієнт сидить на маті чи матраці, а тоді переходити до сидіння на кріслі чи візку. У всіх цих випадках необхідно підстрахувувати неповносправного, щоб він не впав і не наніс собі додаткової травми.

Особам з невисоким рівнем перелому буде легше навчитись обслуговувати самих себе, ніж таким з високим рівнем перелому, яким рухи даються значно важче. Тетраплегіки зазвичай залишаються, принаймні, частково залежними від інших у своїй щоденній життєдіяльності.

Щоб полегшити для себе можливість ведення активного способу життя та не надто утруднювати того, хто допомагає, травмованому потрібно пильнувати, щоб він не став занадто грубим.

Для полегшення самообслуговування розроблено багато різних методів та технічних пристосувань. Тут багато залежить від уяви, рішучості та здорового глузду. Деякі з пристосувань можна побачити у журналі "Техника молодіж", N2, 1990 рік.

І для тіла, і для мозку потрібно, щоб неповносправний був фізично активним. Потрібно, щоб він міг якомога більше робити для себе: сам їздив у візку, сам купався і вмивався, перемішався (пересідав з ліжка у візок і назад, тощо), прав свої речі, прибирав у хаті, допомагав виконувати всю роботу, яку він може зробити.

Щоб вести активний спосіб життя, необхідно розвивати силу тих м'язів (особливо, верхніх кінцівок), які знаходяться під контролем. Для цього можна використовувати вправи з гантелями, виконання яких розпочинається після дозволу лікаря згідно розробленої спеціалістом з фізичної реабілітації програми після того як відбулося загоєння рани та зрощення хребта. Травмовані з високим рівнем перелому, когрі не можуть затиснути гантелю у руці, використовують бинт для прив'язування її до кисті. Цілком можливим є також використання джгута. Неповносправним з високим рівнем перелому категорично заборонено займатися силовими вправами без страхування.

Щоб кістки у ногах нормально розвивалися (у дітей) і щоб запобігти їх ослабленню та полегшенню виникнення переломів, всім неповносправним з травмою спинного мозку доцільно стояти у спеціальному пристосуванні (колінний упор) якийсь час протягом дня (пів-години - годину). Така вправа позитивно впливає і на роботу органів травлення та нирок, зменшує спастичку. Окрім того, людина отримує психологічний підйом, який важко, навіть, зрозуміти людям, які не вимушені протягом днів, місяців, років нерухомо лежати чи сидіти.



Малюнок 9. Правильні і неправильні пози.

Люди з травмою спинного мозку можуть займатись і спортом. Для занять плаванням, стрільбою з лука, марафонськими заїздами на візках, тенісом цілком достатньо використання верхньої частини тіла. Стрільба з лука, окрім того, може допомогти у випрямленні скривленого хребта (якщо воно спрямоване у праву сторону), баскетбол - у розвитку координації рухів і т.д.

Активний спосіб життя не лише сприяє підтриманню організму у належній фізичній формі та запобіганню виникнення ускладнень зі здоров'ям, він має цілющий вплив на психіку неповносправного, допомагаючи його самоствердженню, звільняючи його від принизливої залежності від когось іншого. Окрім того, людина, яка активна у самообслуговуванні, виконанні посиленої для неї хатньої роботи, звільняє своїх рідних від виконання багатьох марудних, а часом і малоприємних процедур (наприклад, допомоги при сечо- та каловиділенні), зменшує той психологічний бар'єр відповідальності, який лежить на їх плечах, а це не може не вплинути позитивно на сімейний клімат.

Отже, не витрачайте час на зайві вагання. Пам'ятайте, хто хоче щось зробити - шукає можливість, хто не хоче - шукає причину. Не шукайте причину, починайте діяти!

#### Розділ XI. СТАТЄВЕ ЖИТТЯ.

Страх втрати своїх сексуальних здатностей є, особливо у молодих неповносправних, одним з найзначніших та найбільш депресивних. У цьому плані багато у чому може допомогти шире, відверте обговорення цієї проблеми з більш досвідченими особами з травмою хребта.

При будь-якому пошкодженні функції статевих органів порушуються і необхідне певне пристосування до наступного статевого життя. Треба відзначити, що багато неповносправних з пошкодженням спинного мозку одружуються і мають любовні, сексуальні зносини з своїми партнерами. Жінки з такою травмою можуть ставати вагітними і народжувати здорових дітей. Пошкодження спинного мозку, навічай, не впливає на здатність жінок до зачаття, оскільки при відновленні менструального циклу через 3-8 місяців після травми продукуються життєздатні яйцеклітини. Цілковито можливими, особливо у параплегіків з низьким рівнем перелому, є нормальні пологи. У тетраплегіків та параплегіків з високим рівнем перелому під час пологів може виникнути необхідність у спинальній чи епідуральній анестезії та накладанні шипців, щоб уникнути розвитку автономної гіперрефлексії (див. Розділ VI) і допомогти неповносправній, яка втратила контроль над м'язами живота.

Щодо чоловіків, то ерекція та еякуляція (виділення сперми) у них може зберегтись, а може й ні. У цьому відношенні більші шанси у тетра- та параплегіків з неповним пошкодженням. Чоловіки часто втрачають здатність до запліднення через зменшення кількості і якості сперми, що виділяється під час еякуляції. Це явище настає через декілька місяців після травми і його причини ще остаточно не зрозумілі. Пари, у яких чоловік не здатний до еякуляції, можуть спробувати усиновити дитину. Та, незалежно від того, можуть вони чи не можуть мати дітей, чоловіки і жінки з травмою спинного мозку можуть мати сексуальні зносини.

Щодо самого статевого акту, то тут можна дати декілька загальних порад, усе інше повинно бути плодом фантазії та пошуків сексуальних партнерів.

Важливо перед тим, як ви будете мати статеві зносини, випорожнити сечовий міхур та кишечник.

Під час статевого акту акцент треба змістити на любовну гру (обійми, поцілунки, ласки).



#### Деякі поради чоловікам.

Для досягнення ерекції можна скористатись введенням у пеніс за допомогою шприца папаверину. Ерекція може тривати від 30 хвилин до 17 годин. У цьому способі є цілий ряд переваг і, практично, немає побічних ефектів. Потрібно вважати, щоб не передозувати, інакше результат може бути, у повному розумінні цього слова, руйнівним (щоб цього уникнути спочатку отримайте консультацію у лікаря). Окрім того, треба слідкувати за стерильністю шприца та проведення процедури.

Якщо є така можливість, можна вживити операційним шляхом у пеніс спеціальний підтримувач.

Поліуретанове кільце, затягнуте довкола пенісу, дозволить вам досягти стійкої ерекції, але його не можна використовувати більше 30 хвилин.

Спробуйте задовольнити жінку, послуговуючись язиком або використовуючи такі підручні засоби, як огірок чи банан або штучний пеніс (якщо є можливість його придбати).

#### Для жінок та чоловіків.

Якщо це можливо, варто придбати вібратор, який досить широко використовується у країнах Заходу і добре прислужується як для мастурбації, так і під час статевого акту.

### **Розділ XII. СОЦІАЛЬНИЙ ЗАХИСТ ОСІБ З ПОШКОДЖЕННЯМ СПИННОГО МОЗКУ (підготований Олегом Полозюком)**

Ознайомлення з основними принципами та системою діючого законодавства України дає більш повну можливість у захисті прав інвалідів. Законодавство час від часу змінюється, розміщується у різних джерелах. Бракує спеціалістів, коштів на юридичну допомогу. Деколи закони приймаються без економічного забезпечення їх виконання. Непоодинокі випадки, коли державні посадові особи у своїй діяльності не завжди опираються на закон і керуються принципами моралі, тому знання деяких положень діючого законодавства хоч і не замінить кваліфікованої юридичної допомоги, проте допоможе у виборі шляхів вирішення складних життєвих питань.

Україна підписала та ратифікувала цілий ряд міжнародних правових документів стосовно інвалідів, а саме: "Загальна декларація прав людини", "Декларація про права інвалідів", "Позитивне та новітнє включення інвалідів у всі сфери життя суспільства та керівна роль ООН в цьому процесі", "Керування по забезпеченню рівних можливостей для інвалідів", "Стандартні правила для забезпечення рівних можливостей для інвалідів", "Декларація про права розумово відсталих осіб" та інші.

Більшість положень з цих актів знайшли своє відображення і в національному законодавстві. Загальним законом щодо інвалідів незалежно від групи та причини настання інвалідності є закон "Про основи соціального захисту інвалідів України" від 21 березня 1991 року зі змінами та доповненнями. Крім нього є закони, які прийняті Верховною Радою України для врегулювання правового положення окремих категорій інвалідів. Це закони "Про статус та соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок чорнобильської катастрофи" від 28.02.91 р. зі змінами та доповненнями, "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту" від 22.10.93. "Про пенсійне забезпечення військовослужбовців та осіб начальницького і рядового складу органів внутрішніх справ" від 09.04.92 р. із змінами та доповненнями, "Про пенсійне забезпечення" від 06.12.91 р. із змінами та доповненнями, та інші.

Інваліди, як і інші громадяни, мають всі права та обов'язки, які реалізуються у залежності від стану їх здоров'я. Зараз на розгляді у Верховній Раді знаходиться нова редакція закону "Про основи соціального захисту інвалідів в Україні".

Міжнародні правові акти, підписані та ратифіковані Україною, є нормами прямої дії, і на них можна посилається у вирішенні справ у суді.

Систему законодавства можна умовно порівняти з пірамідою, на вершині якої знаходяться Конституція України та конституційні закони, під ними - постанови та рішення Верховної Ради України, далі йдуть постанови Кабінету Міністрів України, накази, розпорядження, положення міністерств та відомств, рішення обласних, міських, районних рад та держадміністрацій.

Нижчестоящий у порядку підпорядкування орган влади не може видавати документів, які б суперечили законам, постановам чи рішенням вищестоящого. Так само, документи, видані центральними органами влади чи управліннями діють на всій території України, а документи місцевих органів тільки локально на якійсь території чи в межах компетенції відомства. Закон не має зворотної дії і не може бути застосований до правовідносин, які відбувались до його прийняття. Тимчасово, до прийняття законів України, на її території діють закони бывшего Радянського Союзу в частині, що не суперечить діючому законодавству.

Так само за принципом піраміди будується система державних органів влади та управління, їх структурних підрозділів на місцях до яких можливо прийдеється звертатись у зв'язку з вирішенням конкретних питань, базуючись в своєму звертанні на документах, виданих Верховною Радою України, указах та розпорядженнях Президента України, Адміністрації Президента, Верховного Суду України, Прокуратури України, Кабінету Міністрів, галузевих міністерств і відомств, органів влади та управління, Управління соціального захисту населення України та відділень Фонду України соціального захисту інвалідів.

До вищестоящого органу можна звертатись із заявою коли вона вже була розглянута з наданням відповіді, яка не задовольняє заявника, нижчестоящим органом. Заяви та звернення повинні бути подані обов'язково в письмовій формі, особисто або надіслані поштою рекомендованим листом і зареєстровані в органах. Куди подається заява, з присвоєнням вхідного номеру (копія з реєстраційним номером залишається у подавача). У відповідності до закону України "Про звернення громадян" від 2 жовтня 1996 р. скарга на рішення, що оскаржується, може бути подана до органу або посадової особи вищого рівня протягом одного року з моменту його прийняття, але не пізніше одного місяця з часу ознайомлення з прийнятим рішенням (ст. 17).

Звернення розглядаються і вирішуються у місячний термін, а ті, які не потребують додаткового вивчення - невідкладно, але не пізніше п'ятнадцяти днів з дня отримання. Загальний термін вирішення питань не може перевищувати сорока п'яти днів (ст. 20). В Указі Президента України "Про заходи щодо забезпечення конституційних прав громадян на звернення" від 19 березня 1997 р. № 241/97 наголошується на обов'язку посадових осіб приділяти особливу увагу зверненням інвалідів.

Законодавчі та нормативні акти друкуються у офіційних виданнях: Відомості Верховної Ради України, Збірник постанов Кабінету Міністрів України, газети "Голос України" та друкованих виданнях відомств, газетах "Повір у себе", "Благовіст", різноманітних збірниках законодавчих актів з соціальних питань: "Пільги інвалідам" Вінниця 1995 р.; Довідник Пенсіонера, Гарантії соціальної зашити інвалідів, Київ 1998 г.; Права інвалідів в Україні, К. Сфера, 1998 р.; Законодавство України про пенсійне забезпечення, К. Юрінком, 1996 р. та інших.

Інвалід - особа яка не може самостійно забезпечити повністю, або частково потреби нормального особистого та/ або соціального життя, в силу недостатностей будь то вроджених або його чи її фізичних чи розумових здібностей (ст. 1 Декларації про права інвалідів яка проголошена резолюцією 3447 (XXX) Генеральної Асамблеї

ООН від 9 грудня 1975р.) Ст. 2 закону України "Про основи соціальної захищеності інвалідів України" визначає: інвалідом є особа зі стійким розладом функцій організму зумовленим захворюванням, наслідком травм або уродженими дефектами, що призводить до обмеження життєдіяльності, до необхідності в соціальній допомозі і захисті. Це визначення поняття "інвалід" є більш прогресивним порівняно з тим, що застосовувалось у нашому законодавстві до 1991р. тому, що воно визначає інвалідність як міру втрати здоров'я, а не працездатності.

Інвалідність встановлюється шляхом експертного обстеження в органах медико-соціальних експертних комісій (далі МСЕК) Міністерства охорони здоров'я України що діють на підставі Положення про Медико-соціальну експертизу затвердженою постановою Кабінету Міністрів України від 22 лютого 1992 р. № 83 та Типового положення про обласний центр МСЕК. МСЕК визначає ступінь обмеження життєдіяльності людини, причини, час настання, групу інвалідності, сприяє проведенню заходів щодо профілактики інвалідності, реабілітації інвалідів, виявляє компенсаторно-адаптаційні можливості особи, реалізація яких сприятиме функціональній, психологічній, соціальній, професійній реабілітації і адаптації. МСЕК будують свою роботу як самостійні структурні одиниці при відділах охорони здоров'я за територіальним принципом: є Республіканська, Кримська, обласні, центральні міські, міжрайонні, райони. Утворюється 1 МСЕК на 100000 населення віком від 16 років і старше у складі 3 лікарів експертів (хірурга, терапевта, невропатолога) та реабілітолога, а обласні, центральні міські ще і психолога, юриста, економіста, програміста ЕОМ.

Керуючись Інструкцією про встановлення груп інвалідності затвердженою Міністерством охорони здоров'я України та погодженою з Федерацією профспілок 28.12.91 № 16.01/20. "Положенням про індивідуальну програму реабілітації та адаптації інваліда" (далі ІПРІ), затвердженою постановою Кабінету Міністрів України від 22 лютого 1992 р. № 83, Методикою складення ІПРІ, затвердженою Міністерством охорони здоров'я 20.01.92 № 16.01/47. медико-соціальна експертна комісія (МСЕК)

- 1) повинна встановити строком на 1-3 роки, або безстроково одну з трьох груп інвалідності;
- 2) визначити причину її настання та відповідно категорію: інвалід з дитинства, побутова травма, загальне захворювання, трудові каліцтва, професійне захворювання, захворювання, поранення, контузія одержані під час виконання військового обов'язку, або в період проходження військової служби, травма отримана від джерела підвищеної небезпеки (транспортного засобу, технічного пристрою);
- 3) скласти саму ІПРІ, в якій передбачити всі види соціального захисту особи і яка є обов'язковою до виконання всіма державними органами, підприємствами, установами і організаціями.

Особливості оформлення виробничих травм визначені в Правилах відшкодування власником підприємства, установи і організації або уповноваженим ним органом шкоди, заподіяної працівникові ушкодженням здоров'я, пов'язаним з виконанням ним трудових обов'язків, затверджених постановою Кабінету Міністрів України № 472 від 23 червня 1993р.

Особливу увагу при складанні ІПРІ слід приділяти розділу "експертне заключення" п. 10-11, бо наскільки точно буде відображено у цих пунктах реальний фізичний стан освідчуваного інваліда з урахуванням перспективи поліпшення його стану, настільки він у майбутньому зможе реалізувати свій потенціал.

Постановою Кабінету Міністрів № 389, 1992 р. усім категоріям інвалідів при отриманні мінімального розміру пенсії ліки за рецептами лікарів відпускаються

безкоштовно. Інвалідам праці вартість лікування компенсує винуватець ушкодження здоров'я (п.4 Правил відшкодування шкоди...).

Санаторно-курортним лікуванням щорічно, безкоштовно, позачергово або грошовою компенсацією один раз на два роки у розмірі середньої вартості путівки забезпечуються інваліди війни (ст.13 п.3 закону "Про статус ветеранів війни").

Непрацюючі інваліди органами соціального захисту забезпечуються безкоштовно в порядку черговості путівками один раз на два роки (Інструкція Міністерства соціального захисту населення України 1990 р), супроводжуючому інваліда I групи путівка також надається безкоштовно. У разі відмови від путівки інвалід з черги не знімається.

Працюючі інваліди забезпечуються путівками у позачерговому порядку за місцем роботи (Постанова Ради Міністрів СРСР від 14.05.70 р. № 334).

Діти-інваліди забезпечуються путівками щороку, при необхідності з одним із батьків (Постанова Кабінету Міністрів України від 27.01.92 р. № 31). Одному із батьків передбачена лікарняна тимчасова непрацездатність за весь період санаторно-курортного лікування з часом на дорогу за наявності медичного висновку про необхідність індивідуального догляду за дитиною (Постанова Верховної Ради СРСР від 10.04.90 р. № 1420-1).

На час перебування в стаціонарах протезно-ортопедичних підприємств і за час проїзду в стаціонар і назад працюючим інвалідам надаються лікарняні листки (Постанова Ради Міністрів СРСР від 13.04.87 р. № 451). Забезпечення протезно-ортопедичними виробами, ортопедичним взуттям проводиться за місцем проживання протезно-ортопедичними підприємствами (Інструкція про порядок забезпечення громадян протезно-ортопедичними виробами, затверджена Наказом Міністерства соціального захисту УРСР №30 від 12.03.90р.).

Згідно з п.20 Інструкції спеціальні засоби пересування (коляски дорожні, кімнатні) надаються безплатно органами соцзабезпечення для індивідуального користування за місцем проживання громадян згідно висновку МСЕК або лікарсько-консультативної комісії (ЛКК) лікувальної установи.

Інваліду в користування надаються, як правило, одна кімнатна і одна дорожня коляска на строки:

коляска ричажна	- на 3 роки
коляска крісло	- на 4 роки
коляска ліжко	- на 4 роки
коляска малогабаритна	- на 4 роки

У Києві налагоджено випуск коляски активного типу декількох моделей: 126, 128, 201, ЗАТ Івеста, ЗАТ Здвиж.

Існує цілий ряд допоміжних технічних пристроїв для побуту, якими може бути забезпечено інваліда (пристосування для отримання у руці ложки, вилки, зубної щітки, авторучки, і ребінця, туалетні стільчики, пристосування для ванни). Ці засоби щорічно демонструються на виставці інвалідної техніки до Міжнародного дня інвалідів 3 грудня в Українському Домі у Києві.

Одинокі інваліди обслуговуються територіальними центрами соціального захисту, де соціальний працівник відвідує інваліда вдома, прибирає приміщення, ходить до магазину за продуктами, в аптеку по ліки.

Шлюб з інвалідом може бути зареєстровано за заявою підписаною обома особами, які в нього вступають, з поданням до органів ЗАГСу одним із них, при цьому підпис іншої особи повинен бути посвідчений у встановленому порядку. Важка хвороба також є підставою для скорочення строку для реєстрації шлюбу. Реєстрація шлюбу може бути проведена вдома, в лікарні або в іншому відповідному місці в присутності обох осіб, які в нього вступають, на підставі довідки лікаря, яка додається до заяви. про неможливість відвідання ЗАГСу через стан здоров'я.

Непрацездатна, малозабезпечена особа, яка перебуває у шлюбі, має право на вимог від іншого подружжя матеріального утримання, а також, якщо непрацездатність наступила не пізніше як півтора року з моменту розірвання шлюбу (ч.2 ст.32 Кодексу про шлюб та сім'ю). За відсутності майнового спору та неповнолітніх дітей розірвання шлюбу проводиться органами ЗАГСу у тому ж порядку що і реєстрація. Аліменти на неповнолітніх дітей стягуються у розмірі на одну дитину - однієї чверті двох - однієї третини, на трьох і більше дітей - половини сукупного доходу. У судовому порядку розмір аліментів може бути зменшено, якщо вони стягуються з інваліда 1,2 групи (ст.82 Кодексу України про шлюб та сім'ю України).

Інваліди війни, чорнобильці I категорії, інваліди праці мають право на позачергове забезпечення житлом на нижніх поверхах та в будинках з ліфтом (ст. 45 Житлового кодексу України: ст. 20 п. 10 закону "Про статус чорнобильців..."; ст. 18 п. 18 закону "Про статус ветеранів війни"). Право на позачергове отримання житла і матеріальну допомогу на його благоустрій мають (якщо за висновком МСЕК самостійно себе обслуговують і можуть самостійно жити) молоді інваліди-сироти після закінчення інтернату (ст.46 Житлового кодексу). Усім категоріям інвалідів може бути надана допомога в ремонті та утеплення житла (Розпорядження Президента України "Про заходи щодо підтримки благодійних акцій спрямованих на посилення соціального захисту малозабезпечених" від 29.12.92 р., Положення про порядок проведення безплатного капітального ремонту жилих будинків (квартир) інвалідів війни, членів сімей загиблих військовослужбовців та прирівняних до них осіб затверджене наказом № 37 Держжитлокомунгоспом України, газета "Урядовий кур'єр" № 38 від 14 березня 1995 р.)

Переважне право на поліпшення житлових умов, обладнання індивідуальних жилих будинків пандусами, іншими пристосуваннями за рахунок коштів місцевих бюджетів мають усі категорії інвалідів або винуватців ушкодження здоров'я для інвалідів праці (ст.29-30 закону "Про основи соціальної захищеності інвалідів"). Співвідношення між висотою та довжиною пандуса I до 8-10, ширина I метр; якщо довжина пандуса більш 1,5 метра, обов'язкова наявність поручня. Додатковою житловою площею, кімнатою можуть бути забезпечені інваліди, діагноз яких входить до переліку захворювань, які дають право особам які страждають на ці захворювання, на позачергове отримання житлової площі (Наказ Мін. Охорони здоров'я СРСР від 28 березня 1983 р. № 330 додаток № I п. 3) та Переліку хронічних захворювань при яких особи, які хворіють на це захворювання, не можуть проживати в комунальних квартирах або в одній кімнаті з членами своєї сім'ї (Наказ Мін. Охорони здоров'я УРСР від 8 лютого 1986 року № 52 п. IV).

Приватизація квартир згідно з законом "Про приватизацію державного житлового фонду" 1992 р. для усіх категорій інвалідів проводиться безкоштовно. Інвалідам війни встановлено 100% знижка плати за житлову площу та комунальні послуги (закон "Про статус ветеранів війни" ст.13 п.4,5). Місцеві Ради повинні сприяти інвалідам в обміні непристосованого житла на більш пристосоване з урахуванням їхніх потреб (ст. 30 закону " Про основи соціальної захищеності інвалідів"). Інваліди можуть користуватися системою субсидій згідно з якою сума оплати за житло не повинна перевищувати 15% загального доходу всіх членів сім'ї. Місцевими органами влади можуть бути встановлені пільги по оплаті житла для окремих малозабезпечених категорій громадян за рахунок місцевого бюджету.

Згідно з наказом Міністерства зв'язку України № 950 від 3.03.1994 р. "Про порядок надання пільг по оплаті та встановлення телефону передбаченого законами України" телефони інвалідам I та 2 груп встановлюються безкоштовно.

Інваліди I та 2 груп мають право на 50%-ну знижку вартості проїзду залізницею, водним та автотранспортом міжміського сполучення з 1 жовтня по 15 травня; безкоштовний проїзд у міському (крім таксі) транспорті на приміських маршрутах.

Згідно з Порядком обслуговування громадян залізничним транспортом затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 19 березня 1997 р. № 252 п. 5, суб'єкти господарювання повинні мати для обслуговування пасажирів спеціальне обладнання для безперешкодного користування послугами залізничного транспорту інвалідами та громадянами з дітьми.

Згідно ч.2 п.63 цього Порядку, провідник вагона повинен надавати допомогу в застиланні постільної білизни інвалідам.

Згідно з Порядком забезпечення інвалідів автомобілями, затвердженим Постановою Кабінету Міністрів України від 8 вересня 1997 р. № 999, інваліди забезпечуються автомобілями за місцем постійної прописки органами соціального захисту на підставі висновку обласної, центральної міської МСЕК, акту про наявність медичних показань на забезпечення автомобілем та відсутність протипоказань до керування автомобілем. Автомобілі та посвідчення на право керування автомобілем надаються, продаються інвалідам, діагноз яких входить до переліку медичних показань на отримання інвалідами автомобілів з ручним керуванням затвердженого Міністерством охорони здоров'я України 14.02.1992 р. № 16.01/58 за погодженням з Міністерством соціального забезпечення України 12.03.1992 р. № 01/3/18.

Автомобіль надається, продається на 10 річний термін експлуатації без права продажу, дарування. Якщо в сім'ї є два і більше інвалідів, які мають право на пільгове отримання автомобіля, то видається, продається один, позачергово на вибір одному з інвалідів (за згодою інших) з подальшим зняттям їх з черги (ч. 2.5 Порядку забезпечення інвалідів автомобілями).

Навчання керуванню автомобілем, включаючи безплатний проїзд до місця навчання і назад, харчування, надання квартири для іногородніх проводяться за рахунок коштів Державного бюджету, або винуватців заподіяння каліцтва (п. 7 Порядку). Інвалід має право на часткову компенсацію витрат на бензин, ремонт і технічне обслуговування з Державного бюджету, а також тоді, коли користується власним автомобілем, придбаним за власні кошти. Передбачена замість автомобіля компенсація витрат на транспортне обслуговування, хоча порядок її надання ще не розроблений Кабінетом Міністрів. Можлива передача права керування автомобілем для обслуговування інваліда, одному з батьків або члену сім'ї які доглядають (п.25 ч.2. Порядку). Безплатно автомобілем забезпечуються інваліди війни, армії, репресовані, з ампутацією обох ніг, чорнобильці 1 та 2 категорії або за 7% вартості автомобілю ( якщо керуватиме член сім'ї). Інваліди праці та ті, що отримали інвалідність від джерел підвищеної небезпеки отримують автомобіль за рахунок винуватців ушкодження їх здоров'я. Інвалід який одержав автомобіль безплатно, достроково може бути поставлений на чергу на підставі рішення колегії Міністерства праці та соціальної політики в тому випадку, якщо автомобіль дуже пошкоджено у аварії, яка сталася не з вини інваліда, або в наслідок стихійного лиха, за наявності висновку технічної експертизи про неможливість його відновлення. За 30% вартості автомобіль продається інвалідам загального захворювання, з лигінства, праці, якщо вина підприємства не встановлена, батькам або родичам дітей-інвалідів після досягнення п'ятирічного віку. Учасникам бойових дій, інвалідам від загального захворювання та інвалідам з ампутацією обох ніг (у разі постійної роботи, або навчання) автомобілі продаються позачергово.

Заява про надання автомобіля приймається районним (міським) управлінням соціального захисту за місцем постійного проживання та прописки і реєструється в спеціальному журналі.

Управління соціального захисту видає інваліду направлення до лікарні (поліклініки) для обстеження Лікувально-консультативною комісією для підготовки форми 88. Ця форма разом із справою інваліда у п'ятиденний термін надається до обласного МСЕК для надання висновку. Міністерство праці та соціальної політики

Криму, управління соціального захисту області в місячний термін з дня отримання документів з урахуванням висновку обласного МСЕК приймають відповідне рішення і у письмовій формі надсилають його районним (міським) управлінням соціального захисту, що видали направлення, підприємству винуватцю по інвалідах праці та інваліду (заявнику).

Взяття на облік інваліда, для забезпечення автомобілем здійснюють обласні управління соціального захисту (Криму, Кієва, Севастополя) в розмірі модифікацій автомобілів та категорій інвалідів з дня проведення медичного огляду МСЕК. На кожного інваліда заводиться особова справа, у складі заяви інваліда, висновку МСЕК, копії прав водія або члена сім'ї, копію свідоцтва про народження дитини-інваліда, рішення обласної МСЕК про виплату компенсації на бензин, ремонт та технічне обслуговування або на транспортне обслуговування, довідка с місця постійного проживання особи, яка буде керувати автомобілем, довідки про одержання пенсії, копії висновку МСЕК про групу інвалідності, документ від органів соціального захисту про раніше одержаний автомобіль, а також про його заду підприємству торгівлі або Тормету. У разі смерті, або виїзду інваліда на постійне проживання за межі країни (крім країн СНД), автомобіль повертається у повній комплектності до органів соціального захисту. Автомобілі, одержані на пільгових умовах, повертаються з наступним відшкодуванням спадкоємцем оплаченої інвалідом вартості автомобіля з урахуванням ступеню його зносу. За бажанням члена сім'ї інваліда автомобіль може бути проданий йому через комісійний магазин у встановленому порядку з дозволу органів соціального захисту. Для виділення місця для встановлення гаража недалеко від місця проживання необхідно звернутись з заявою до місцевого органу влади. У відповідності до закону "Про податок з власників транспортних засобів та інших самохідних машин і механізмів" (Відомості Верховної Ради України № 15, 1997 р.) встановлені пільги щодо податку інвалідам першої та другої груп щодо одного автомобіля з ручним керуванням.

Постановою Кабінету Міністрів України від 27.05.2000р. № 842 встановлено порядок обов'язкового страхування цивільної відповідальності власників автотранспортних засобів за життя, здоров'я та майно третіх осіб. А Постановою Кабінету Міністрів України від 18.08.2000р. № 1276 наявність страхового полісу згідно з правилами дорожнього руху з 1.10.2000р. прирівнюється за важливістю до посвідчення на право керування автотранспортним засобом. У відповідності до цих документів інвалід, який є власником та особисто керує автомобілем з опознавальним знаком "Інвалід", не заключає із страховальником договір обов'язкового страхування, але вважається застрахованим Моторним страховим бюро. Моторне страхове бюро при настанні страхового випадку буде відшкодувати збитки, нанесені інвалідом, який керує автотранспортом, третім особам. Відшкодовуються не всі збитки, а лише ті, які стосуються життя та здоров'я третіх осіб і тільки наполовину страхової суми. Вищезазначений порядок страхування буде застосовуватись до випадків, коли інвалід має право на забезпечення автотранспортом, але сам не може керувати ним за станом здоров'я і передає це право члену сім'ї, який проживає поряд з ним та доглядає його.

Обдаровані діти-інваліди мають право на безплатне навчання музиці, образотворчому, художньому, прикладному мистецтву у загальних навчальних або спеціальних позашкільних навчальних закладах (ст. 21 закону "Про основи соціальної захищеності інвалідів"). Згідно з Правилами вступу до вищих учбових закладів інваліди 1-2 груп зараховуються поза конкурсом при набранні на іспитах задовільних оцінок (Постанова Кабінету Міністрів України "Про комплексну програму розв'язання проблем інвалідності" 1992 р. та накази Міністерства освіти № 110 1993 р. та № 40 від 17 лютого 1994 р.). Під час навчання пенсія і стипендія їм виплачується в повному обсязі.

Згідно з ст.20 закону "Про основи захищеності інвалідів" встановлено квоту обов'язкової кількості робочих місць для інвалідів: 4 % від загальної кількості працюючих, а якщо працює від 15 до 25 чоловік – одне робоче місце. За порушення цієї норми підприємства повинні перераховувати до відділень Фонду соціального захисту інвалідів на створення робочих місць для інвалідів середню річну заробітну плату на підприємстві за кожне робоче місце не зайняте інвалідом.

Згідно з Положенням про робоче місце інваліда і про порядок працевлаштування інвалідів затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 3 травня 1995 р. № 314, з урахуванням рекомендацій МСЕК і індивідуальній програмі реабілітації і адаптації робоче місце інваліда може бути створено за кошти підприємства, установи, організації, як вдома, так і на виробництві зі спеціальними пристосуваннями чи без них, та повинно бути атестоване спеціальною комісією за участю представників МСЕК, органів Держнаглядохоронпраці, громадських організацій інвалідів. Працевлаштуванням інвалідів займаються державні служби зайнятості, місцеві органи влади та громадські організації інвалідів.

У відповідності до закону "Про відпустки" від 15 листопада 1996 року № 504/96-ВР щорічна основна відпустка інвалідам 1-2 групи встановлена тривалістю 30 календарних днів (ч.7 ст.6). Щорічні відпустки повної тривалості до настання шестимісячного терміну безперервної роботи у перший рік роботи на даному підприємстві за бажанням працівника надаються інвалідам, жінкам які мають дитину-інваліда (ч.7 ст.10). Щорічні відпустки за бажанням працівника у зручний для нього час надаються інвалідам, жінкам, які мають дитину-інваліда (ч.12 ст.10). Жінці, яка має дитину-інваліда, за її бажанням щорічно надається додаткова оплачувана відпустка тривалістю 5 календарних днів без урахування вихідних днів (ч.1 ст.19). Відпустка без збереження заробітної плати за бажанням працівника надається в обов'язковому порядку: матері або батьку, що мають дитину-інваліда, тривалістю 14 календарних днів щорічно, інвалідам 1 та 2 груп тривалістю до 60 календарних днів щорічно.

На підставі п.4 ст.6 Декрету Кабінету Міністрів "Про прибутковий податок з громадян" від 26.12.1992 року місячний сукупний оподаткований доход працюючим інвалідам зменшується до 5 неоподаткованих мінімумів доходів. З грудня 1998 року величина вартості межі малозабезпеченості складала 73 грн.70 коп.; з січня по вересень 1999 року - 90 грн.70 коп.; з жовтня до листопада 1999 року - 112грн. 95коп.; з листопада 1999 року - 118 грн. 30 коп.

Інваліди 1 та 2 груп звільнюються від сплати державного мита (п.18 ст.4 Декрету Кабінету Міністрів України "Про державне мито" Відомості Верховної Ради України № 13, 1993 р.)



**ЛІТЕРАТУРА**

1. Bromley I. Tetraplegia and Paraplegia: A Guide for Physiotherapists. Churchill Livingstone, 1981. 256 pages.
2. Donovan W.H., Sir G.Bedbrook. Comprehensive Management of Spinal Cord Injury CIBA. Vol.34. No2, 1982. 36 pages.
3. Goff B and Evans A Spinal Cord Lesions - Management./Cash's Textbook of Neurology for Physiotherapists. Edited by Patricia A.Dewine. Faber and Faber. 1986. P.331-381.
4. McSweeney T. Spinal Cord Lesions - Clinical./Cash's Textbook of Neurology for Physiotherapists. Edited by Patricia A.Dewine. Faber and Faber, 1986. P.314-330.
5. Werner D. Disabled Village Children. Hesperian Foundation, 1988. 645 pages.

Рівень пошкодження	Повсякденна Життєва Діяльність (ПЖД)	Заняття	Відпочинок
Від С8 до Т1:	Повна самостійність у ПЖД. Самостійність при більшості пересувань. Самостійний рух у ліжку (перекинування, сідання). Самостійне керування транспортом з ручним управлінням, легке домашнє господарювання.	Будь-які види роботи, які можливі в інвалідному візку, що не потребують підймання предметів.	Всі види спорту на інвалідному візку. Групи за особливими інтересами.
ГРУДНИЙ (торакальний) T2-T6:	Повна самостійність у ПЖД. Самостійний рух у інвалідному візку; легке домашнє господарювання; керування транспортом з ручним управлінням; пересування.	Будь-яка робота, яка можлива в інвалідному візку. Здатність піднімати деякі легкі предмети з сидячого положення.	Усі види спорту на інвалідному візку. Групи за особливими інтересами.
T7-L2:	Повна самостійність у ПЖД. Самостійний рух у інвалідному візку; домашнє господарювання (у добре спланованому дов'язлі); виходи на короткі прогулянки з довгими фіксаторами на ногах і підтримуванням поплід руки.	Будь-яка робота, що можлива в інвалідному візку.	Всі види спорту на інвалідному візку. Групи за особливими інтересами.
ПОПЕРЕКОВИЙ (пюмбарний) L3-L4:	Повна самостійність у ПЖД. Ходіння з фіксаторами на всточках (лоджках), милицями і колінними фіксаторами; деяке обмеження при вставанні з сидячого положення; інвалідний візок годиться для економії енергії та більшої ефективності.	Будь-яка доступна робоча обстановка (на інвалідному візку або милицях), за винятком діяльності, що потребує доброї рівноваги.	Мінімальні обмеження при використанні інвалідного візка.
КРИЖОВИЙ (сакральний) L5-S3:	Самостійність. Для ходіння може знадобитись деяка фіксація колін.	Будь-яка робота, що не вимагає доброї рівноваги.	Мінімальні обмеження, що залежать від контролювання нижньої частини гошпінки.

Рівень пошкодження	Повсякденне Життєве Діяльність (ПЖД)	Заняття	Відпочинок
ШИЙНИЙ (цервикальний) C1-3	Повна несаможиттєвість. Самостійне пересування в інвалідному візку, застосовуючи спеціальний інвалідний візок з електродвигуном.	Адміністративні (використовуючи спеціальне обладнання). Подальша освіта	Групи за особливими інтересами. Деякі настільні ігри
<i>Багато з цих людей не виживають до шостого початкового етапу. Ті, хто таки вижив, переважно дихають, а у догляді за їх потребами повністю залежні від інших.</i>		<i>потребують пристрою для</i>	<i>вентилювання легень, щоби</i>
C4:	Повна несаможиттєвість. Можливе самостійне пересування в інвалідному візку застосовуючи спеціальний інвалідний візок з електродвигуном	Адміністративні (використовуючи спеціальне обладнання). Подальша освіта	Настільні ігри. Групи за особливими інтересами
C5:	Самостійне харчування, чищення зубів, миття обличчя. Самостійне пересування в інвалідному візку, застосовуючи спеціальний інвалідний візок з електродвигуном. Самостійне пересування в інвалідному візку на близькій відстані.	Адміністративні/духовні. Подальша освіта	Заняття спортом на інвалідному візку. Настільні ігри. Групи за особливими інтересами
C6:	Самостійне харчування, догляд, одягання верхньої частини тіла (допомога для нижньої частини тіла), керування транспортом з ручним управлінням, пересування на інвалідному візку. Можливе самостійне виконання деяких пересувань	Адміністративні/духовні. Подальша освіта	Заняття спортом на інвалідному візку, як наприклад, їзда, регбі і т.д. Групи за спеціальними інтересами
C7:	Можлива повна самостійність (одягання, харчування, догляд, плевна). Самостійне керування машиною з ручним управлінням. Рух у інвалідному візку деякі самостійні пересування, перекочування і одягання.	Будь-яка робота, яка можлива на інвалідному візку і не вимагає великої сили в пальцях. Подальша освіта	Заняття спортом на інвалідному візку як наприклад, баскетбол, модифікований теніс, регбі їзда, перегони і т.д. Групи за спеціальними інтересами
УВ АГА для досягнення більшої самостійності C5, C6 і C7 МОЖУТЬ використовувати допоміжне обладнання			