

УДК 615.831-001-036

Кошля О.В.¹, Акімова Л.С.².

¹доц., ЗДМФУ, м. Запоріжжя,

²аспірант, ЗДМФУ, м. Запоріжжя.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ НАСЛІДКІВ ЛЕГКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Бойові дії з російськими агресорами в Україні приводять до зростання числа наслідків черепно-мозкових травм (ЧМТ) - від 25 до 80 % від загальної кількості травм. За даними сучасних дослідників, комбінована ЧМТ зустрічається до 40% серед причин інвалідності у військово-службовців ЗСУ та волонтерів. Відомо, що 30–90 % осіб, які перенесли ЧМТ легкого та середнього ступеня тяжкості, страждають від міофасціального болю, локомоторних розладів, травматичної хвороби головного мозку. Особове значення мають наслідки контузіоно-травматичних пошкодження ЦНС під час бойових дій, бо вони приводять не тільки до збільшення кількості випадків травматизму, але й до стрімкого зростання збільшенням числа хворих.

Метою нашої роботи була оптимізація тактики реабілітації хворих із наслідками закритої контузіоної ЧМТ легкого та середнього ступеня тяжкості з використанням методів фізичної реабілітації: мануальних (вісцеральні, вертебральні, м'язових, краніо-сакральних технік), рефлексотерапії, кінезотерапії.

Матеріалом стали спостереження за 165 учасниками бойових дій віком від 19 до 45 років, з віддаленими наслідками бойової ЧМТ у вигляді міофасціального болю, когнитивних та локомоторних розладів. Термін початку спостереження після травми складає від 3 до 6 місяців. Нами використовувались **методи** клінічного неврологічного огляду, ВАШ, секторальна краніометрія рентгенографії черепа, мануальне м'язове тестування за Дж. Гутхардом (1963) кардіоінтервалографії, пульсоксиметрії, нейропсихосоціометрії. Всім пацієнтами після обстеження проводились амбулаторні сеанси реабілітації 2-3 рази на тиждень № 5-6. Під час котрих використовувались: акупресура, масаж волосної частини голови шкіряно-міофасціальний реліз, післяізометрична релаксація м'язів (ПІР) за В.П. Губенко (2006), вісцеральні маніпуляції за Ж.-П. Барралем, деторзія твердої мозкової оболонки за В.Сатерляндом (1948), мобілізація швів черепа за Гіхінім (2006), маніпуляції на хребцевих сегментах краніовертебрального переходу за К. Левітом (1993). Мануальні вертебральні маніпуляції виконувались за методикою остеопатичної школи (Ціріакс, Мейтланд., 2005). Хворі проходили навчання самостійного виконання прийомів

самомасажу, ПІР, використання аплікатора Ляпко за загальноприйнятою методою та нейрорефлекторні вправи за нашою методикою (2019).

Ефективність та послідовність виконання реабілітаційної програми проводили за результатами мануального м'язового тестування за Дж. Гутхардом, принципами анатомічних ланцюгів за Т. Майерсом. До початку реабілітації в неврологічному статусі 100 % хворих мали місце такі синдроми: астенічні та когнітивні порушення, прояви цефалгічної та вегетативної дистонії. Термін амбулаторного спостереження складав від 10 до 90 діб. Статистична обробка матеріалу проводилась у середовищі "Statistics for Windows 6,0".

У **результаті** обстеження виявлено, що хворі скаржилися (95,7 %) на загальну слабкість головний біль (5,8 балів за ВАШ); погіршення пам'яті, уваги; зниження зору, слуху; порушення мовлення, запаморочення, локомоторної та когнітивної дискоординації.

Після проведення першого курсу реабілітації кількість скарг зменшилася на 63,2 % та вони були представлені переважно головним болем 2,1 балів за ВАШ, загальною слабкістю, порушенням постави та ходи. Рівень вегетативно координційних порушень на фоні проведення реабілітації зменшилась (до 16,4 %). Виявлені зміни зі показниками пульсоксиметрії тканин голови ($88,2 \pm 0,4$ % - до реабілітації та $98,3 \pm 0,3$ % - після). Після проведення реабілітації покращились локомоторні, вегетативні та когнітивні функції.

Критерієм ефективності були зниження інтенсивності больового синдрому, згідно ВАШ, динаміка вегетативної рівноваги за пульсовою кардіоінтервалографією за Р. Баєвським. Термін початку зменшення та динаміка інтенсивності больового синдрому та вегетативної рівноваги, складав від 2 до 6 діб, а також параметри сатурації киснем тканин голови.

У $93,3 \pm 0,2$ % пацієнтів після проведеної реабілітації з використанням технік мануальної терапії, отримані позитивні ефекти, які підтверджені клінічно та інструментально.

Клінічний ефект у зменшенні цефалгічного синдрому, «краніофасіальної та м'язовою асиметрії», зниження рівня тривоги та вегетативного дисбалансу, нормалізації стреч-рефлексу у гіпотонічних м'язах, нормалізації локомоторних порушень. Це підтверджено клінічними та лабораторно-інструментальними дослідженнями.

Висновки. Використання у реабілітації військовослужбовців ЗСУ із наслідками легкої ЧМТ запропонованого нами підходу дозволяє швидко проводити експрес-діагностику та корекцію патогенетичних змін, а використання вертебральних, краніо-сакральних та вісцеральних

мануальних технік поліпшує якість неврологічного відновлення, стимулює нейропротекцію, церебральний кровообіг та когнітивні функції.

Отримані результати свідчать про безсумнівні переваги використання рефлекторних технік, які мають одночасно як саногенетичну, так і патогенетичну спрямованість і дозволяють реалізувати комплексний реабілітаційний вплив в оптимальному об'ємі та в необхідній послідовності, забезпечити індивідуальний підхід до лікування хворого, а також суттєво підвищити медичну та економічну ефективність відновного лікування.