

ТЕМАТИЧНИЙ НАПРЯМОК «ІННОВАЦІЙНІ ЗАСОБИ ТА ТЕХНОЛОГІЇ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ»

УДК 615.831-001-036

Бариков Д.С¹., Біденко І. В²

¹ лікар ФРМ, ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України», м. Дніпро.

² студент, НУ «Запорізька політехніка»

МОЖЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НАСЛІДКІВ БОЙОВОЇ ТРАВМИ

В наслідок бойових дій з російсько-окупаційними військами в країні спостерігається зростання числа бойових травм (БТ) серед військовослужбовців ЗСУ. За даними сучасних дослідників, комбінована БТ зустрічається до 70% серед причин інвалідності серед військових ЗСУ. Відомо, що 30–90 % осіб, які перенесли БТ, страждають від травматичної хвороби, що впливає на їхню боєздатність. Особове значення мають наслідки контузійно-травматичних пошкоджень під час бойових дій, бо вони приводять не тільки до збільшення кількості випадків травматизму, але й до стрімкого зростання збільшенням числа хворих із віддаленими наслідками БТ та хворобами кістково-м'язової системи (b 700-799, s700-799), що потребує нових підходів до оцінювання функціонального стану особи, перенесших БТ з використанням Міжнародної класифікації функціонування [1, 2].

Метою нашої роботи була оптимізація підходів до оцінювання функціонального стану особи у реабілітації хворих із наслідками закритої ЧМТ з використанням методів фізичної терапії (ФТ).

Матеріалом явились спостереження за 95 учасниками ЗСУ віком від 35 до 53 років. Які проходили обстеження та лікування у реабілітаційному відділенні для захисників, захисниць та цивільних ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України» з діагнозами за МКФ b710-b799, s710-799. Термін початку спостереження після травми складав від 1 до 6 місяців після БТ. Хворі проходили навчання самостійного виконання прийомів ППР, ЛФК, дихальної гімнастики. Термін спостереження складав від 14 до 72 діб. Оперативне лікування не проводилось.

Нами використовувались методи антропометрії, клінічного ортопедичного та неврологічного огляду, візуальної діагностики,

м'язового тестування, кардіоінтервалографії, рентгенографії, пульсоксиметрії, нейропсихосоціометрії за стандартними методиками. Статистична обробка матеріалу проводилась у середовищі "Statistics for Windows 6,0".

Всім пацієнтами проводились сеанси фізичної терапії (ФТ) 5 рази на тиждень № 8-10 за методиками: ЛФК, мануальна терапія, масаж, мала фізіотерапія. Крім того застосовувались різноманітні методи рефлексотерапії та кінезіотерапії: акупресура, шкіряно-міофасціальний реліз, післяізометрична релаксація м'язів (ППР) за В.П. Губенко, (2005), деторзії твердої мозкової оболонки за В.Сатерляндом (1948), мобілізація швів черепа за Гіхіним (2006), маніпуляції на хребцевих сегментах за К. Левітом (1993). Реабілітація проводилась всім хворим за стандартними протоколами. [3].

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; запаморочення. Після реабілітації кількість скарг зменшилася на 83,2 % та вони були представлені переважно головним болем 2,1 балів за ВАШ, сонливістю, загальною слабкістю. Відмічались клінічні та інтервалографічні ознаки вегетативного дисбалансу. До початку реабілітації в неврологічному статусі 100 % хворих мали місце такі синдроми: астенічний когнітивних порушень, цефалгічний та вегетативної дистонії, рівень яких на фоні проведення МТ зменшилася (16,4 %). Виявлені зміни під час обстеження свідчили про дифузне зниження функціональної активності, що корелювало зі показниками пульсоксиметрії тканин голови ($88,2 \pm 0,4\%$ - до реабілітації та $98,3 \pm 0,3\%$ - після). Після проведення реабілітації покращились когнітивні функції. Збільшився обсяг рухів тулуба та кінцівок.

Критерієм ефективності ми обрали зниження інтенсивності больового синдрому за ВАШ, покращення вегетативного балансу за кардіоінтервалографією та церебрального кровообігу, які визначалися під час лікування та оцінювалися інструментально. Ми враховували термін початку зменшення та динаміку інтенсивності больового синдрому, який складав від 2 до 6 діб, та також параметри вегетативної рівноваги та сатурації киснем тканин голови.

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

Висновки. Використання діагностичних методів фізичної реабілітації у хворих з наслідками бойової ЧМТ поліпшує якість нейроортопедичного відновлення, нейропротекції, церебрального

кровообігу, локомоторної, вегетативної та когнітивні функції. Слід продовжити вивчення можливості використання технік ФТ в реабілітації бійців ЗСУ.

Список використаних джерел

1. Біла книга з фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) в Європі. URL:

https://moodle.znu.edu.ua/pluginfile.php/1175143/mod_resource/content/1/%D0%91%D0%86%D0%9B%D0%90%20%D0%9A%D0%9D%D0%98%D0%93%D0%90%20%28%D1%83%D0%BA%D1%80%29%202018.pdf

2. Реабілітація військовослужбовців в Україні. Загальні проблеми та особливості організації під час воєнного стану. Київ. ВД «Професіонал», 2022. 406 с.

3. Clinical practice guideline for rehabilitation of individuals with lower limb amputation. URL:

<https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/amp/VADoDLLACPG092817.pdf>.