

УДК 616.714+616.831

Шитіков Т.О.,

кандидат медичних наук, ФОП

Україна, м. Дніпро

ДО ПИТАННЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НАСЛІДКІВ БОЙОВОЇ ЧМТ У УЧАСНИКІВ ООС

Ключові слова: наслідки черпно-мозкової травми, фізична реабілітація, локомоторні розлади, мануальна терапія.

Keywords: brain injury syndrome, musculoskeletal disfunction, physical treatment, manual therapy.

В наслідок бойових дій з російсько-терористичними угрупованнями в Україні спостерігається зростання числа черепно-мозкових травм (ЧМТ) серед військово службовців ЗСУ та волонтерів – від 25 до 80 % від загальної кількості травм. За даними сучасних дослідників, комбінована ЧМТ зустрічається до 40% серед причин летальності. 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 явились спостереження за 145 учасниками ООС (військовослужбовці та волонтери) віком від 19 до 45 років, з віддаленими наслідками бойової ЧМТ у вигляді міофасціального болю, когнитивних та локомоторних розладів. Термін початку спостереження після травми складам від 3 до 6 місяців. Нами використовувались **методи** клінічного неврологічного огляду, електроенцефалографії, рентгенографії черепу, кардіоінтервалографії, пульсоксиметрії, нейропсихосоціометрії. Всім пацієнтами проводились сеанси реабілітації 1-2 рази на тиждень № 5-6. Застосовувались різноманітні методи фізичної реабілітації: акупресура, шкіряно-міофасціальний реліз, післяізометрична релаксація м'язів (ПІР) за А. Лієвим (2003), вісцеральні маніпуляції за Ж.-П. Барралем, деторзія твердої мозкової оболонки за В.Сатерляндом (1948), мобілізація швів черепа за Гіхіним (2006), маніпуляції на хребцевих сегментах краніовертебрального переходу за К. Левітом (1993). Мануальні вертебральні маніпуляції виконувались за методикою остеопатичної школи (Аппледжер Дж., 2005). Реабілітація проводилась всім хворим в кількості від 3 до 8 сеансів на курс. Хворі проходили навчання самостійного виконання прийомів ПІР, використання аплікатора Ляпко за загальноприйнятою методою [8-12]. Послідовність виконання реабілітаційної програми проводили за результатами мануального м'язового тестування за Дж. Гутхардом, принципами анатомічних ланцюгів за Т. Майерсом. Термін 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; запаморочення, локомоторної та когнитивної дискоординації. Після реабілітації кількість скарг зменшилася на 83,2 % та вони були представлені переважно головним болем 2,1 балів за ВАШ, загальною слабкістю, порушенням постави та ходи. До початку реабілітації в неврологічному статусі 100 % хворих мали місце такі синдроми: астенічні та когнітивні порушення, прояви цефалгічної та вегетативної дистонії, рівень яких на фоні проведення реабілітації зменшилась (16,4 %). Виявлені зміни біоелектричної активності головного мозку 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 локомоторні, вегетативні та когнітивні функції.

Критерієм ефективності ми обрали зниження інтенсивності больового синдрому, яка визначалася під час лікування та оцінювалася згідно ВАШ, динаміку вегетативної рівноваги за Р. Баєвським. Ми враховували не тільки термін початку зменшення та динаміку інтенсивності больового синдрому та вегетативної рівноваги, який 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.

Табл. 1. Динаміка клінічних показників до та після реабілітації ($p < 0,05$)

Показники	ОГ	
	до	після
Тривожність за тестом Люшера	$7,6 \pm 0,2$	$4,7 \pm 0,2$
Головний біль (по ВАШ)	$5,7 \pm 0,2$	$1,0 \pm 0,2$
ЧСС, уд./хв.	77 ± 8	64 ± 6
АДС, мм рт. 22г.	110 ± 8	120 ± 8
Вегетативна рівновага, індекс	0,15	120,5
Краніальна асиметрія, коеф.	$0,87 \pm 0,1$	$0,9 \pm 0,1$
Показники швидкості об'ємного кровотоку, Δ	$> 30\%$	$> 10\%$
Сатурація киснем, в%	$93,2 \pm 0,1$	$98,6 \pm 0,1$

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

Виводи. Використання у фізичній реабілітації у хворих із наслідками бойової ЧМТ рефлексотерапії, мануальних технік, кінезотерапії поліпшує якість неврологічне відновлення, нейропротекції, церебрального кровообігу та когнітивні функції.

Використання у реабілітації учасників ООС із наслідками ЧМТ середнього ступеня тяжкості мануального тестування стреч-рефлексів дозволяє швидко проводити експрес-діагностику 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 мануальних 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.