

УДК 615.82

Запниветренко О.О.¹, Ковальова О.В.², Стасовська Л.І.³

¹студ. гр. УФКС-212 НУ «Запорізька політехніка»

²канд.мед.наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

³Департамент охорони здоров'я ЗОВА

ФІЗИОТЕРАПЕВТИЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ В УМОВАХ ВОЄННИХ ДІЙ

Черепно-мозкова травма- один з найбільш частих видів травм, які зустрічаються (30–50% всіх травматичних ушкоджень), є основною причиною смерті та інвалідності людей у віці до 45 років і займає перше місце в структурі нейрохірургічної патології. У воєнний час основною причиною черепно-мозкової травми є різні вогнепальні і вибухові ураження. У нашу сучасність повернувся термін контузія. Контузія: загальне ураження організму внаслідок різкого механічного впливу (повітряної, водяний або звуковою хвилею, удар об землю), яке не обов'язково супроводжується механічними пошкодженнями органів і тканин.

В основі патогенезу контузії лежить поза межне гальмування центральної нервової системи, що виникає у відповідь на дуже сильне роздратування, фактором, що ушкоджує. Контузія (акубаротравма, або застаріле снарядний шок) від *contusio* – забій – загальне ураження організму внаслідок різкого механічного впливу (повітряної, водяної чи звукової хвилі, удару об землю чи воду тощо), що не обов'язково супроводжується механічними ушкодженнями органів і тканин

Якщо осередок контузії розташовується в області передньої та задньої центральних звивин лівої півкулі головного мозку виникають розлади, паралічі й порушення чутливості відповідно. Під час забою лівої лобної чи скроневої доль можливе порушення мовлення тощо.

Контузія головного мозку може супроводжуватись крововиливом і стисненням тканин мозку кров'ю. Наслідками контузії головного мозку в пізньому періоді можуть бути епілептиформні напади.

Симптоми контузії нагадують, в основному, симптоми струсу мозку. При цьому виді ураження часто спостерігаються кровотечі з вух і носа, відзначається глухонімота, розвивається сенсоневральна туговухість чи тінітус, розлади когнітивних функцій.

Зазвичай цей розлад минає, але термін відновлення може бути різним. Під час повітряної контузії, також як і під час струсу головного мозку, часто виникають гострі чи затяжні психічні розлади, запаморочення, головний біль, дратівливість, нестриманість. Іноді на тривалий час залишаються вегетативні розлади: підвищена пітливість, серцебиття, сонливість, синюшність кистей рук, припливи до голови

Війна змушує кращих представників країни взяти участь у бойових діях. Найсумніше що при тому також гине цивільне населення. Страждають жінки, діти, люди похилого віку.

За складних обставин роботи силових структур в умовах війни треба докласти максимум на державному рівні для найшвидшого одужання, можливості якомога скоріше повернутися на службу навченому, досвідченому бійцеві.

При контузії на жаль звичні нам методи дослідження (такі наприклад як КТ) не є інформативними.

Суттєве значення в диференційній діагностиці мають методи електроенцефалографія та нейропсихологічне дослідження.

Симптоми акубаротравми ЦНС є неврологічні: специфічна мова або її відсутність, специфічне заїкання за типом зубчастого колеса, вегетативні розлади, пароксизмальні стани.

Є психічні: симптом «розмотування спогадів», не тримання афекту, порушення праксису і гнозіас за даними нейропсихологічного дослідження.

Є ЛОР порушення: порушення слуху, вестибулопатії, набряк носоглотки і гортані.

Серед рекомендованих медикаментозних препаратів ноотропи, венотоніки діуретини антидепресанти анальгетики, нестероїдні протизапальні препарати, міорелаксанти та інші.

Більшість лікарських засобів, які значно поширились проявляють лише симптоматичну дію.

Враховуючи побічні дії деяких препаратів, та не завжди очікувану відповідь, можливу ульцерогенну дію, постає питання про застосування альтернативних методів лікування в поєднанні з фізіотерапевтичними методами, що істотно дозволить зменшити дозу препаратів зі збереженням терапевтичного ефекту. Були розроблені основні методики застосування

фізіотерапії при травмі ще в мирний час. Методики, які розроблені на кафедрі застосовуються широко в тому числі і закордоном.

Мета роботи визначити можливість і доцільність застосування нейроадаптивного низькочастотного імпульсу при реабілітації пацієнтів з ЧМТ, та політравмою в умовах військових дій.

Обов'язковим критерієм відбору хворих була наявність больового синдрому, важкість у голові, неврологічні прояви. 36,7 % поранених мали поєднані травми (крім ЧМТ травмування двох або більше органів та частин тіла).

Проаналізовано походження та обставини виникнення ЧМТ.

У подальшому було проведено в умовах госпіталю інструментальна діагностика, що підтверджувала ЧМТ в тому числі в деяких випадках МРТ.

Велика увага приділялася вивченню ознак внутрішньочерепної гіпертензії. Досліджено характер болю при ЧМТ і дана його оцінка до і після лікування за бальною шкалою (ВАШ).

Досліджувався (МЕС) при реабілітації пацієнтів з черепно мозковою травмою (ЧМТ) та контузією.

Об'єкт дослідження поранені (20 осіб) віком від 19 до 39 років ($29,53 \pm 1,06$). Контрольна група – 10 осіб ($29,1 \pm 1,1$) ідентичні за віком та характером пошкодження.

Досліджувалися струс та забій головного мозку різного ступеню важкості.

Клінічні прояви: больовий синдром, важкість у голові, неврологічні прояви, ознаки внутрішньочерепної гіпертензії. 36,7 % мали поєднані травми.

Оцінювався характер болю до і після лікування при ЧМТ за бальною шкалою (ВАШ),

Крім класичної терапії ЧМТ (анальгетики транквілізатори, протисудомні та сечогінні препарати) в основній групі застосовували фізіотерапевтичні методи лікування. LEIT-терапія проводилася за методикою три доріжки, шість крапок, по рефлексам, по зонам, по ураженим частинам тіла протягом від 20 до 30 хвилин з частотою 77 Гц.

Отримані позитивні результати в порівнянні з контрольною групою.

При лікуванні зі застосуванням нейроадаптивного сигналу - простежувалося зняття набряку та больового синдрому, відновлення функцій при травмах різної етіології.

Застосування нейроадаптивної терапії дозволило зменшити фармакологічне навантаження в період реабілітації.

Міжнародна статистика свідчить про те, що до 80% фронтовиків можуть на тлі контузії з психичними розладами.

Все це є посттравматичний, стресовий розлад, який фіксуються в учасників бойових дій.

Для більшості учасників бойових дій повернення до мирного життя стає більш важким випробуванням, ніж існування «всередині війни»

Британська «Гардіан» помістила статтю про суїциди в американській армії. «У 2012 році вперше за останнє десятиліття число діючих солдатів регулярних військ, які покінчили життя самогубством (177 чоловік), що перевищило число солдатів, убитих в зонах бойових дій (176 осіб). Тобто від своїх власних рук загинуло більше солдатів, ніж від рук ворога»

Це в США, де працюють дієві програми реабілітації військових. Важливо, що у групі пацієнтів, які отримували нейроадаптивну терапію нормалізувалася формула сну, практично не турбували кошмари. Загальний стан в порівнянні з контрольною групою згідно з тестами був більш збалансований. Як що були проблеми з потенцією на тлі психотравми, то вони вирішувалися в дуже короткий термін. Замість депресії з'являлася мотивація сенс життя

При терапії LEIT у хворих з ЧМТ відзначався регрес загально мозкової та оболонкової симптоматики, часткове або повне відновлення больової та температурної чутливості. При використанні LEIT простежувався істотний протибольовий ефект. Поліпшувалася формула сну, стабілізувався психічний стан.

Застосування LEIT сприяло відновленню регуляторної здатності вегетативної нервової системи, сприяло підвищенню толерантності щодо фізичного навантаження.