

УДК 615.831]-001-036

Кошля О.В.¹, Шитіков Т.О.²

¹канд. мед. наук, ЗДМФУ

²канд. мед. наук, Таврійський національний університет

**ПИТАННЯ ВИКОРИСТАННЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ
ПРИ НАСЛІДКАХ ЛЕГКОГО ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ТА
АКУБАРОТРАВМ**

За даними сучасних дослідників бойові дії з російськими агресорами в Україні приводять до зростання кількості черепно-мозкових травм (ЧМТ) та акубаротравм та їх наслідків – від 25 до 80%, від загальної кількості травм. Комбінована ЧМТ зустрічається до 40% серед причин інвалідності у військовослужбовців ЗСУ та цивільних. Відомо, що 30–90 % осіб, які перенесли ЧМТ легкого та середнього ступеня важкості акубаротравми у подальшому страждають від їх наслідків у вигляді головного, міофасціального болю, локомоторних розладів, травматичної хвороби головного мозку. Особове значення мають наслідки контузіоно- травматичних пошкоджень ЦНС під час бойових дій, бо вони призводять не тільки до збільшення кількості випадків травматизму, але й до стримкого зростання збільшенням числа хворих.

У цьому напрямку зараз актуальна концепція активної участі самого віськового, під час якої можна використовувати методи ФРМ у вигляді само- та взаємодопомоги. Існує світовий інтерес та позитивне ставлення до використання цих технік у військових. Міжнародний огляд практики та політики інтегративної медицини в країнах НАТО, виданий у 2017 році може послужити основою для розвитку так званого «мілітарі фітнесу». Ефективна і безпечна терапія з використанням шкали ОМ, яка офіційно впроваджена у військових системах НАТО зокрема [1,2].

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

Матеріалом стали спостереження за 95 учасниками бойових дій, віком від 19 до 45 років, з віддаленими наслідками бойової ЧМТ у вигляді цефалгії, міофасціального болю, когнитивних та локомоторних розладів. Основна група спостереження та контрольна група складала відповідно 90 та 50 пацієнтів. Термін початку спостереження після травми складав від 3 до 6 місяців.

Нами використовувались **методи** клінічного неврологічного огляду, візуально - аналогова шкала (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.

Підчас реабілітації використовувались: акупресура, масаж\самомасаж волосяної частини голови шкіряно- міофасціальний реліз, післяізометрична релаксація м'язів (ППР), 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 (Ціріакс, Мейтланд., 2005).

Пацієнти проходили навчання самостійного виконання прийомів самомасажу, ауто- ППР, використання аплікатора Ляпко за загально прийнятою методикою. Ефективність та послідовність виконання реабілітаційної програми проводили за результатами мануального м'язового тестування за Дж. Гутхардом [3,4].

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 зменшився (до 16,4 %). Виявлені зміни з показниками пульсоксиметрії тканин голови, відповідно ($88,2 \pm 0,4$ % - до реабілітації та $93,3 \pm 0,3$ % - після). Після проведення реабілітації покращились локомоторні, вегетативні та когнітивні функції у 93,3%.

Клінічний ефект у вигляді 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 та акубаротравмою запропонованого нами підходу дозволяє швидко проводити корекцію патогенетичних змін, а

використанням рефлексотерапевтичних, вертебральних, краніо-сакральних та вісцеральних мануальних технік поліпшує якість неврологічного відновлення, стимулює нейропротекцію, церебральний кровообіг та когнітивні функції.

Отримані позитивні результати у 93,3% випадках свідчать про безсумнівні переваги використання фізіотерапевтичних рефлексорних 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.

Список використаних джерел:

1. George S., Jackson J.L., Passamonti M. Complementary and alternative medicine in a military primary care clinic: a 5-year cohort study. *Mil Med*, 2011. №176(6). P. 685-688.
2. Defense Health Agency. Integrative Medicine in the Military Health System Report to Congress (DHA) Washington, DC, USA: DHA. 2014. URL: <http://health.mil/Reference-Center/Reports?ouerv=integrative+medicine> (дата доступу 22.10.2025)
3. Lewit K. Manipulative therapy in rehabilitation of the motor system. London: Butterworths, 1995. 105 p.
4. Сучасний погляд на проблему черепно-мозкової травми та її віддалені наслідки. // Є.Л. Мачерет та ін. Київ : Дія, 2005. 144 с.