



Васильківський Д. В.,
Котелевський В. І.

Vasykivskiy D. V.
Kotelevskiy V. I.

PHYSICAL THERAPY OF MILITARY SERVANTS WITH CRAFTS

The article provides a justification for the feasibility of the use of physical therapy for soldiers with traumatic brain injuries at the inpatient stage of treatment and the effectiveness of the implementation of the program of physical therapy in hospital for veterans of military service. Preliminary examination and monitoring of results are foreseen. The complex process of restoration of servicemen after a traumatic brain injury was improved and the program of restoration and adaptation of the patient's motor functional capabilities at the inpatient stage of treatment was introduced.

Key words: traumatic brain injury, serviceman, kinesitherapy, functioning, symptoms, spasticity.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИМИ ТРАВМАМИ

Стаття передбачає обґрунтування доцільності застосування засобів фізичної терапії для військовослужбовців з черепно-мозковими травмами на стаціонарному етапі лікування та ефективності реалізації програми фізичної терапії в умовах госпіталю для ветеранів військової служби. Передбачено проведення попереднього обстеження та контроль результатів. Вдосконалено комплексний процес відновлення військовослужбовців після черепно-мозкової травми та впроваджено програму відновлення і адаптації рухових функціональних можливостей пацієнта на стаціонарному етапі лікування.

Ключові слова: черепно-мозкова травма, військовослужбовець, кінезотерапія, функціонування, симптоми, спастика.

Постановка проблеми. До найбільш актуальних медичних і соціальних проблем людства належить черепно-мозкова травма. Особливо гостро це питання турбує Українське суспільство у зв'язку з воєнними діями на території держави. Військові дії на сході України – показовий приклад надзвичайної ситуації військового характеру, перебування в якій суттєво впливає на психіку людини і викликає зміни в життєдіяльності й поведінці особистості [2].

Фізична терапія військовослужбовців при черепно-мозкових травмах є перспективним напрямом розвитку галузі охорони здоров'я та невід'ємною складовою частиною процесу лікування хворих цього контингенту. Травматичний досвід, отриманий під час бойових дій, негативно впливає на стан здоров'я військовослужбовців-учасників бойових дій. За останніми статистичними даними більш ніж 320 тисяч військовослужбовців, за роки війни на Донбасі, потребують комплексної допомоги, щоб відновити соціальне значення та працездатність [4].

Виходячи з вищезазначеного є досить актуальним і своєчасним впровадження програми фізичної терапії з використанням позиціонування, вправ на зменшення спастики, на розвиток сили і витривалості, на координацію, навичок самообслуговування, навчання навичкам ходьби для відновлення активності повсякденного життя та соціальної активності осіб з черепно-мозковою травмою, що позитивно вплине на якість їх життя [5].



Мета дослідження – науково обґрунтувати та розробити програму фізичної терапії військовослужбовців з черепно-мозковими травмами.

Аналіз останніх досліджень з проблеми дослідження свідчить про значну проблему відсутності адаптованих національних алгоритмів надання допомоги бійцям після воєнних дій із симптомами черепно-мозкової травми, контузії, посттравматичного стресового розладу та брак кваліфікованих фізичних терапевтів, психіатрів і психологів. Проблемами фізичної терапії та реабілітації бійців займаються видатні вітчизняні та зарубіжні науковці: Ю. О. Гріненко, І. Я. Пінчук, Ю. Л. Бриндіков, І. М. Гайда, С. Н. Іващенко, A. B. Ward, L. Odgaard, F. M. Hammond.

Результати дослідження та їх обговорення. Дослідження проводили у Національному військово-медичному клінічному центрі «Головний військовий клінічний госпіталь». У дослідженні взяли участь десять (10) чоловіків ветеранів військової служби з черепно-мозковими травмами віком від 28 до 32 років. Фізична терапія військовослужбовців з діагнозом черепно-мозкова травма, розпочиналася з проведення реабілітаційного обстеження. Проводили індивідуальні заняття 5 разів на тиждень, один раз – в першій половині дня. Під час занять були присутні рідні/опікуни, які навчалися допомагати хворим при виконанні самостійних завдань, які пропонувалися виконувати в другій половині дня самостійно. Тривалість заняття в середньому становила 35–45 хвилин. Встановлено, що більшість хворих військовослужбовців за характером ураження відносяться до закритої черепно-мозкової травми, за клінічною формою – до забою головного мозку середньої важкості та важкої. У відсотковому співвідношенні кількість осіб, які мали черепно-мозкову травму середньої важкості складають 70 % та пацієнти з важким травматичним ураженням головного мозку – 20 %.

Проаналізував вітчизняні та зарубіжні літературні джерела визначили основні порушення, які обмежують пацієнтів з черепно-мозковими травмами у повсякденному житті, а саме: рухові розлади (геміпарези); спастичність; слабкість м'язів; порушення чутливості (геміанестезії); порушення мови; порушення когнітивних функцій.

Перед початком занять проводилося реабілітаційне обстеження, яке включало наступні пункти: аналіз історій хвороб; збір анамнезу; анкетування; мануальне м'язове тестування; дослідження тону м'язів за шкалою Ашфорта. Результати вихідного реабілітаційного обстеження дозволяли індивідуалізувати подальшу методику фізичної терапії та стали підґрунтям для визначення основних завдань [1].

Розроблена програма фізичної терапії для військовослужбовців з черепно-мозковою травмою в стаціонарному відділенні містила застосування позиціонування, навичок самообслуговування, відновлення функцій ходьби, а також кінезотерапію, що включала вправи на силу та витривалість, на координацію, на зменшення спастичності [6].

Для розвитку силових якостей використовували вправи з обтяженням. Більшості військовослужбовців які проходять фізичну терапію, обтяженням слугувала їхня кінцівка. На початку занять кінезотерапією виконувалися активні вправи з допомогою, без дії гравітації. Кількість повторень 10–12 разів, по 2–4 повтори.

Потім почали використовувати активні вправи без допомоги, використовуючи власну кінцівку пацієнта як додаткове навантаження з задіянням сили гравітації. Поступово збільшуючи навантаження на кінцівку, кількість повторень теж зростала, на початку – 8–10 разів по 3–4 підходи, вкінці 12–15 разів по 3–4 підходи.

Для розвитку витривалості використовували циклічні вправи. Використовували вправи з багаторазовим повторенням – 20–25 разів по 4–5 підходи. Для поступової



адаптації тіла людини до вертикального положення використовували збільшення кута ліжка (30, 45, 60, 90 %) і час сидіння (1– 2– 3– 4– 5 хвилин).

Для відновлення та вдосконалення гнучкості використовували пасивні вправи, для кращого розтягування м'яких тканин хворих. Використовували пасивні вправи на початку фізичної терапії. Також використовували активні вправи з допомогою але на більш пізніх етапах тренування. Для розвитку координації використовували активні вправи з різних вихідних положень. Використовували ходьбу під різним кутом нахилу, різноманітні повороти, нахили. Також використовували вправи в ліжку, хворий знаходиться в сидячому положенні на кушетці з опущеними нижніми кінцівками донизу, виконує нахили в сторони, вперед, пересідання з правого стегна на ліве і навпаки. Також використовували скручування, вертикалізацію з різних вихідних положень, змінювали співвідношення центру маси тіла до опори, зменшували точку опори [3].

Для корекції психоемоційного стану, проводили бесіди з пацієнтом, акцентуючи увагу на самостійності та самообслуговуванні, тому що зі слів пацієнтів, це є першочерговою проблемою. Також позитивний вплив на пацієнтів мало спілкування з особами, які перенесли черепно-мозкову травму. Для родичів/опікунів проводився інструктаж про правильний догляд за пацієнтом з метою профілактики ранніх ускладнень: відлежани, застійні явища в легенях. Отримана інформація та здобуті навички переміщень під час проведення практичних семінарів, дозволили рідним/опікунам біомеханічно правильно для себе, та безпечно для пацієнтів, виконувати переміщення та страхування [6].

Розроблена нами методика фізичної терапії військовослужбовців, які перенесли черепно-мозкову травму, дає змогу за найкоротші терміни максимально відновити втрачені функції. Після занять фізичною терапією отримали позитивні зміни майже у всіх рухових навичках, які були втрачені раніше. Ефективно відновились функції уражених кінцівок, завдяки чому стало можливим самостійне виконання щоденних побутових дій; хворі навчилися самостійно і безпечно ходити за межами палати і при потребі підніматися по сходах чи виходити на вулицю.

Висновки. Огляд медичної та наукової літератури показав, що на сьогодні черепно-мозкові травми у військовослужбовців мають недостатній рівень вивчення ефективності застосування засобів фізичної терапії для швидкого відновлення та повернення до повсякденної повноцінної діяльності. Доведено, що усі позитивні зміни функціонального стану хворих, які перевірені нами на практиці і обґрунтовані теоретично, дають можливість стверджувати, що розроблена методика фізичної терапії військовослужбовців на стаціонарному етапі лікування після перенесення черепно-мозкової травми є ефективною і сприяє покращенню: сили ураженої нижньої кінцівки, рівноваги та між'язової координації, загальної витривалості і зниження спастички.

Література:

1. Баннікова Р., Калінкін Р., Магнушевський Ю. Проблемні питання фізичної реабілітації осіб з наслідками травматичного ураження мозку. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*. 2016. № 1. С. 23– 29.
2. Бриндіков Ю. Л. Фізична реабілітація істерії як вияву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців-учасників бойових дій. *Навчання і виховання в інклюзивному освітньому просторі: теорія та практика : Тези доп. Всеукр. наук.-практ. конф. (з міжнар. участю)*. 2018. С. 143–146.
3. Гайда І. М., Жупан Б. Б. Реабілітація учасників бойових дій у сучасних умовах / *Військова медицина України*. 2016. Т. 16. № 1. С. 107–112.



4. Іващенко С. Н., Шахліна Л. Я., Лазарева О. Б. Особливості побудови фазової моделі фізичної реабілітації військовослужбовців, що постраждали внаслідок бойових дій. *Науковий часопис [Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова]. Серія 15 : Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт)*. 2016. Вип. 3. С. 63– 67.

5. Калінкін К. Л. Проблемні питання фізичної реабілітації осіб з наслідками травматичного ураження мозку. *Молодь та олімпійський рух: зб. тез доп. 10-ої Міжнар. наук. конф. молодих учених*. 2017. №2. С. 406– 407.

6. Марйорникова С. А. Особенности комплексной реабилитации больных с черепно-мозговой травмой. *Лечебная физическая культура и спортивная медицина*. 2012. №5. С.50– 56.

Odgaard L., Poulsen I., Kammersgaard L. P. Surviving severe traumatic brain injury in Denmark: incidence and predictors of highly specialized rehabilitation. *Clin. Epidemiol.* 2015. Vol. 20 (7). P. 225– 234

Головашова Ю.С.
Кукса Н.В.

Golovashova Yu.S.
Kuksa N.V.

MODERN APPROACHES TO TREATMENT AND REHABILITATION OF CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS

The article presents a literary review of modern approaches to the treatment and rehabilitation of children with atopic dermatitis. The possibilities and effectiveness of individual means of physical therapy for atopic dermatitis in children have been clarified. The importance of an integrated approach to the treatment and rehabilitation of children of this nosology is noted.

Key words: atopic dermatitis, children, treatment, rehabilitation, integrated approach.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ І РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ

У статті представлено літературний огляд сучасних підходів до лікування та реабілітації дітей з atopічним дерматитом. З'ясовано можливості та ефективність окремих засобів фізичної терапії при atopічному дерматиті у дітей. Відзначено важливість комплексного підходу до лікування та реабілітації дітей цієї нозології.

Ключові слова: atopічний дерматит, діти, лікування, реабілітація, комплексний підхід.

Постановка проблеми. Атопічний дерматит – хронічне алергічне захворювання з поліморфними змінами на шкірі, якому притаманна вікова динаміка клінічних проявів висипань на тлі імунопатологічних розладів.

Атопічний дерматит займає провідну позицію в структурі алергічних захворювань дітей молодшої вікової групи [2]. Поширеність atopічного дерматиту неухильно зростає в усьому світі та становить від 9 до 15% у дитячій популяції [10–11]. Серед дітей дошкільного віку (6– 7 років) на atopічний дерматит страждають від