

**ДУ «Український науково-дослідний інститут
медичної реабілітації та курортології МОЗ України»**

**Клінічний санаторій «Аркадія»
Державної прикордонної служби України**



**РЕАБІЛІТАЦІЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ
З НАСЛІДКАМИ ЛЕГКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ В
УМОВАХ САНАТОРНО-КУРОРТНИХ І РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ
ЗАКЛАДІВ**

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ

Одеса 2022

УДК 353.415.61:616.7 (477.74)

Р 31

Укладачі: д. мед. н., проф. Бабов К. Д., к. мед. н. Балашова І. В.,
д. мед. н., Рожков В.С., к. мед. н. Футрук О. В., Брусніцин І. Г.

Рецензент: *Шановалов Віталій Юрійович* – доктор медичних наук, полковник медичної служби, головний хірург військово-медичного клінічного центру Південного регіону

Рекомендовано до друку Вченою радою ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України»
(протокол № 5 від 16 серпня 2022 року).

Реабілітація військовослужбовців з наслідками легкої черепно-мозкової травми в умовах санаторно-курортних і реабілітаційних закладів: методичні вказівки / за заг. ред. Балашової І. В., Футрук О. В. – Одеса: ДУ «Укр. НДІ МР та К МОЗ України», 2022. 22 с.

У методичних вказівках наведено загальні положення організації реабілітації військовослужбовців з наслідками легкої черепно-мозкової травми, посткомоційним синдромом на санаторно-курортному етапі, представлено програму реабілітації за 3 групами, надано рекомендації щодо використання переліку заходів, що входять до програми реабілітації.

Методичні вказівки призначені для лікарів санаторно-курортних і реабілітаційних закладів, лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, лікувальної фізкультури, фізіотерапевтів, спеціалістів з вищою немедичною освітою – фахівців з фізичної терапії та ерготерапії, психотерапії та для широкого медичного загалу.

ISBN 978-617-637-220-2

© ДУ «Укр.НДІ МР та К МОЗ України», 2022.

ЗМІСТ

Вступ	4
1. Мета та завдання санаторно-курортного етапу реабілітації	6
2. Загальні положення щодо організації реабілітації військовослужбовців з легкою черепно-мозковою травмою в умовах санаторно-курортних і реабілітаційних закладів	9
2.1. Показання та протипоказання	9
2.2. Діагностика	10
2.3. Критерії переходу до санаторно-курортного етапу реабілітації	12
3. Програма реабілітації військовослужбовців з легкою черепно-мозковою травмою в умовах санаторно-курортних і реабілітаційних закладів	14
Висновки	20
Список використаної літератури	21

ВСТУП

В сучасних бойових умовах значно зросла кількість військово-службовців, які постраждали внаслідок вибухової травми. В структурі вибухових пошкоджень, зокрема, центральної нервової системи, переважає легка вибухова черепно-мозкова травма (ЛВЧМТ). При вибуховій травмі відбувається одночасна дія на організм людини неоднорідними факторами, залучення у патологічний процес різних органів та систем. За таких умов, навіть ЛВЧМТ призводить до формування стійких посттравматичних змін та розвитку стійкого патологічного стану.

Характерним для ЛВЧМТ є тривале збереження неврологічного та когнітивного дефіциту, варіабельність симптоматики, що формує окрему нозологічну одиницю – посткомоційний синдром. Такий стан значно знижує якість життя хворих, призводить до обмеження професійної діяльності та боездатності.

Відновлення військовослужбовців після ЛВЧМТ ускладнюється такими факторами:

- психоемоційні та фізичні травмуючі обставини, за яких мала місце ЧМТ;
- кумулятивна та серійна природа вибухових струсів головного мозку в умовах бойових дій;
- висока частота психіатричних станів, що супроводжують ЛВЧМТ (посттравматичний стресовий розлад, тривожний розлад, гострий стресовий розлад, депресія, тощо);
- труднощі щодо дотримання стандартних рекомендацій з догляду після гострого періоду ЛВЧМТ в умовах бойових дій.

Актуальною проблемою сьогодення є визначення найкращих підходів щодо реабілітації військовослужбовців з наслідками ЛВЧМТ, для ефективного відновлення їх боездатності та запобігання інвалідизації. Створення комплексних та скоординованих програм реабілітації в умовах мультидисциплінарного та індивідуального підходу буде сприяти підвищенню ефективності відновлювального лікування зазначеного контингенту хворих.

Дані методичні вказівки розкривають диференційовані підходи щодо організації санаторно-курортного етапу реабілітації військово-службовців з наслідками ЛВЧМТ, залежно від превалюючої клінічної симптоматики посткомоційного синдрому, включають перелік заходів, що входять до програми реабілітації.

Методичні вказівки призначені для лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, лікарів-фізіотерапевтів, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, психологів, інструкторів ЛФК, лікарів інших спеціальностей у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди.

1. МЕТА ТА ЗАВДАННЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЕТАПУ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Медична реабілітація – це комплекс заходів, спрямованих на відновлення здоров'я та втраченого функціонування, спричинених різноманітними чинниками, або на розвиток компенсаторних та замісних функцій організму.

Стратегія медичної реабілітації – покращення якості життя, збереження здоров'я та функціонування суб'єкта медичної реабілітації.

Суб'єкт медичної реабілітації (первинний контингент): військово-службовці з наслідками ЛЧМТ (посткомоційний синдром) з тимчасовою втратою працездатності або її зниженням різного ступеня.

На санаторно-курортному етапі реабілітації зазначеного контингенту хворих проводяться реабілітаційні заходи з метою:

- корекції порушених параметрів гомеокінеза;
- відновлення рівня здоров'я;
- відновлення або компенсація порушених (чи втрачених) функцій (у т.ч. професійних навичок) і розладів;
- відновлення резервних регуляторних можливостей організму;
- уповільнення прогресування патологічного стану;
- здійснення заходів первинної та вторинної профілактики.

До основних принципів медичної реабілітації на санаторно-курортному етапі відносяться:

- ранній початок проведення реабілітаційних заходів;
- індивідуалізація програм реабілітації;
- комплексний підхід;
- етапність реабілітації;
- безперервність та послідовність всіх етапів реабілітації;
- поєднання загальної та спеціальної дій реабілітаційних факторів;
- соціальна спрямованість реабілітаційних заходів;
- оцінка ефективності реабілітаційних заходів на всіх етапах реабілітації.

Санаторно-курортний етап реабілітації забезпечує попередження рецидиву, збереження довготривалої ремісії, відновлення адаптаційних резервів організму (реадаптацію).

Реабілітаційна програма (програма реабілітації) передбачас:

- встановлення реабілітаційного діагнозу хворого;
- визначення реабілітаційного потенціалу та реактивності хворого;
- розробку індивідуальної реабілітаційної програми;
- комплексність та мультидисциплінарний підхід щодо лікувально-реабілітаційних заходів;
- оцінку ефективності реабілітаційних заходів та ступеня відновлення;
- етапність призначення відновлювальних заходів з урахуванням індивідуальних особливостей та функціонального стану хворого.

Згідно з Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», післягостра та довготривала реабілітація здійснюється у відповідних амбулаторних та стаціонарних реабілітаційних закладах та відділеннях, створених, у тому числі, на базі санаторно-курортних установ незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності.

Реабілітація військовослужбовців з наслідками ЛВЧМТ (посткоміційний синдром) в санаторно-курортних умовах із застосуванням природних лікувальних ресурсів у комплексі з методами апаратної фізіотерапії, психотерапії та засобами фізичної реабілітації сприятиме відновленню працездатності (боездатності) та функціональних можливостей зазначеного контингенту хворих, попереджанню прогресування захворювання та запобіганню інвалідизації.

Основні завдання реабілітації військовослужбовців з наслідками ЛВЧМТ (посткоміційний синдром) в умовах санаторно-курортних та реабілітаційних закладів:

- покращення церебрально гемодинаміки та цереброваскулярної реактивності, досягнення в патологічному вогнищі знеболюючого, протизапального та розсмоктуючого ефектів, відновлення функціональних та нейродинамічних відношень та порушених функцій;
- нормалізація фізичного та психоемоційного стану хворого, нівелювання стресової реакції;
- підвищення активності компенсаторно-захисних механізмів та загальної реактивності організму;

- профілактика прогресування функціональних порушень та ускладнень;
- покращення якості життя та відновлення функціональних можливостей (боєздатності та працездатності).

Головними параметрами оцінки ефективності відновлювального лікування та реабілітації хворих з закритою ЧМТ, за визначенням ВООЗ, є когнітивна сфера, функціональний стан та якість життя хворого.

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З НАСЛІДКАМИ ЛЕГКОЇ ЧЕРПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ В УМОВАХ САНАТОРНО-КУРОРТНИХ І РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАКЛАДІВ

Медичний заклад забезпечує неухильне дотримання санітарно-протиепідемічних заходів, відповідно до чинних наказів МОЗ України.

Спеціалісти, що надають реабілітаційні послуги, входять до складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди, створення якої в медичному закладі, залежно від його профілю, є обов'язковим та регламентоване ст. 18 Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я».

На основі комплексу клініко-функціональних, лабораторних, інструментальних досліджень, оцінки якості життя і функціонування хворих, мультидисциплінарною реабілітаційною командою, з урахуванням специфіки власної лікувальної бази, розробляється індивідуальна програма реабілітації.

2.1. ПОКАЗАННЯ ТА ПРОТИПОКАЗАННЯ

Показання до призначення реабілітації:

за МКХ-10:

- S 06.0 Струс головного мозку
- T 90.5 Наслідки черепно-мозкової травми
- F 07.2 Посткомоційний синдром

за МКХ-11:

- NA 07.0 Струс головного мозку
(наслідки струсу головного мозку, посткомоційний синдром)

Загальні протипоказання до призначення реабілітації:

- лихоманка (температура тіла вище 38 °С);
- дихальна недостатність вище I ступеню;
- хронічні захворювання в стані декомпенсації;
- важкі порушення ритму і провідності, злякисна артеріальна гіпертензія, нестабільна стенокардія, гострий інфаркт міокарда, ХСН вище II ФК, аневризми серця і аорти;
- III і вище ступінь ожиріння з важкими ускладненнями (серцева недостатність вище II А стадії, явища гіповентиляції) у

- випадках неефективності консервативного лікування;
- цукровий діабет першого та другого типу, важкий перебіг, некомпенсований (з ускладненнями);
- психічні розлади;
- кахексія будь-якого походження;
- злоякісні новоутворення та стани після радикального лікування;
- наявність морфо-функціональної декомпенсації будь-якої системи II-III ступенів;
- ехінококоз будь-якої локалізації;
- усі форми туберкульозу в активній стадії;
- тиреотоксикоз середнього та важкого ступенів в стадії декомпенсації;
- загальні медичні протипоказання для направлення осіб на санаторно-курортне лікування.

Спеціальні протипоказання до призначення реабілітації:

- розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин, шизофренія, шизотипові та маячні розлади, розумова відсталість;
- гостра інтоксикація внаслідок вживання (психоактивних речовин, наркотичних засобів тощо), стан відміни з депресією, психотичний розлад;
- дисоціативні (конверсійні) розлади;
- ПТСР середнього та важкого ступенів, які потребують стаціонарного лікування;
- різко виражені патологічні стани зі значними порушеннями рухових функцій за неможливості самообслуговування;
- специфічні розлади особистості, розлади звичок та нахилів (потягів).

2.2. ДІАГНОСТИКА

Обов'язкові антропометричні дослідження:

- маса тіла та зріст;
- визначення індексу маси тіла (ІМТ).

Обов'язкові лабораторні дослідження:

- загальний аналіз крові з формулою, ШОЕ, тромбоцити;

- загальний аналіз сечі;
- біохімічні дослідження крові: креатинін, С-реактивний протеїн (кількісний рівень), загальний білок, глюкоза, фібриноген, протромбіновий індекс, АЛТ, АСТ, білірубін тощо.

Додаткові лабораторні дослідження:

- ліпидограма;

Обов'язкові інструментальні дослідження:

- МРТ (КТ) головного мозку;
- ЕЕГ;
- рентгенографія шийного відділу хребта;
- вимірювання артеріального тиску (АТ);
- електрокардіографія (ЕКГ);

Додаткові інструментальні дослідження (залежно від наявної коморбідної патології за призначенням лікаря ФРМ або консультантів):

- УДГ (УДС) судин голови та шиї;
- УЗД органів черевної порожнини, щитоподібної залози, нирок тощо, ехокардіоскопія;
- реоенцефалографія;
- реовазографія кінцівок;
- добове Холтерівське моніторування АТ та ЕКГ;
- фіброгастроуденоскопія, рН-метрія шлунку, дуоденальне зондування;
- рентгенографія легенів.

Обов'язкові функціональні дослідження:

- визначення толерантності до фізичного навантаження (велоергометрія або степергометрія або тест з 6-хвилинною ходьбою) та оцінкою переносимості фізичного навантаження за шкалою Борга.

Обов'язкові дослідження якості життя та функціонування:

- оцінка сили м'язів за шкалою MRC (м'язи) згідно скарг;
- оцінка функціональної незалежності за шкалою функціональної незалежності (FIM);
- оцінка когнітивних функцій за методикою «Піктограм» Б.Г. Херсонського;
- шкала астеничного стану (ШАС);
- оцінка інтенсивності тривоги та депресії за госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS); (PHQ-9, GAD-7)

- оцінка самопочуття, активності, настрою за опитувальником САН або EuroQoL-10;
- при наявності коморбідної патології: специфічні тести, шкали та опитувальники.

Консультації спеціалістів: невролог, кардіолог, ендокринолог, пульмонолог, офтальмолог, гінеколог, уролог тощо.

При погіршенні клінічного стану хворого: госпіталізація до стаціонарного закладу охорони здоров'я.

Курс реабілітації в санаторії: 14 – 24 дні (вказати).

2.3. КРИТЕРІЇ ПЕРЕХОДУ ДО САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЕТАПУ РЕАБІЛІТАЦІЇ

З урахуванням комплексного патогенетично обґрунтованого підходу до діагностики та лікування, всі зазначені в Показаннях до призначення реабілітації на амбулаторному та санаторно-курортному етапі захворювання можуть бути об'єднані в наступні групи:

1 Група – посткомоційний синдром з переважанням фізичних (соматичних) симптомів (головний біль, головокружіння, порушення рівноваги, цервікалія, запаморочення, вегетативна дисфункція, тощо);

2 Група – посткомоційний синдром з переважанням поведінкових (емоційних) симптомів (астеноневротичні синдром, порушення сну, депресивні, тривожні розлади);

3 Група – посткомоційний синдром з переважанням когнітивних симптомів.

Критерії переходу до санаторно-курортного етапу реабілітації хворих з наслідками легкої черепно-мозкової травми (посткомоційним синдромом) (в післягострому або довготривалому періоді):

1. Пацієнти після стаціонарного лікування легкої закритої черепно-мозкової травми (струс головного мозку).
2. Пацієнти після гострого періоду легкої закритої черепно-мозкової травми (струс головного мозку), що мають наслідки (посткомоційний синдром)

3. Відповідність наступним критеріям:
- зникнення клінічних симптомів гострого захворювання;
 - можливість самообслуговування;
 - скореговані цифри артеріального тиску;
 - частота серцевих скорочень не більше 100 уд/хв.;
 - нормальна температура тіла.

3. ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З НАСЛІДКАМИ ЛЕГКОЇ ЧЕРПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ В УМОВАХ САНАТОРНО-КУРОРТНИХ І РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАКЛАДІВ

Програма розроблена відповідно до даних щодо патогенетичних механізмів розвитку патологічного стану, клінічних проявів.

Перелік заходів, методів і засобів, які входять до програми реабілітації для 1 групи пацієнтів:

Санаторний режим: щадний.

Дієта: загальний стіл.

Використання засобів фізичної реабілітації та ерготерапії:¹

Лікувальна ходьба: по площині, теренкур, скандинавська ходьба.

Лікувальна гімнастика: вправи виконують під контролем функціональних показників (ЧСС, ЧД, АТ, сатурація);

Лікувальний масаж спини та/або комірної зони (5-10 процедур через день, тривалість процедури 30 хв.);

Гідрокінезотерапія.

Консультавання щодо щоденної активності та побутових навичок згідно рекомендацій ВООЗ.

Використання природних лікувальних ресурсів та методик на їх основі:

Кліматотерапія: аеротерапія, повітряні і сонячні ванни.

Бальнеотерапія:

- ванни сірководневі, вуглекислі, азотні, йодо-бромні, сульфідні, хвойні, хлоридно-натрієві високої концентрації, 36° С, 10 хв., через день, № 8-10;
- плавання в мінеральному басейні, через день, № 8-10;
- гідромасажні душі (підводний душ-масаж, циркулярний душ), через день, по черзі з ваннами або басейном, № 8-10.

Пелоїдотерапія, теплотікування:

- грязьові аплікації на ділянку «комірна зона» 38-40°С, 20 хвилин, через день, №8-10;

¹ призначають залежно від рівня толерантності до фізичного навантаження (ТФН) та визначення режиму рухової активності.

Використання методик апаратної фізіотерапії:

- низькочастотна магнітотерапія на ділянку сегментів C_{IV} - D_{IV} паравертебрально, прямокутні індуктори, магнітна індукція – 25 мТл, тривалість дії – 10-15 хв, курс лікування 10-12 процедур, щоденно;
- лазеротерапія паравертебрально, контактна методика, частота проходження імпульсів 150 Гц, 15 хв., через день, курс – 7 – 10 процедур;
- ендоназальний електрофорез. Методика ендоназальна або очно-потилична (анод на слизовій оболонці носу). Сила струму – 1-2 мА, 10-15 хв щодня або через день, курс – 10-12 процедур;
- електросон (частота імпульсів – 8-15 Гц, тривалість впливу – 30-60 хв., курс лікування 15-20 процедур, щодня або через день;
- транскраніальна електроаналгезія (частота імпульсів 200-300 Гц з наступним переходом на більш високі частоти - 800 - 1000 Гц, тривалість дії 30-60 хв, курс лікування 15-20 процедур щодня або через день;
- дарсонвалізація ділянки голови і комірної зони, відносної серцевої тупості та зон Захар'їна-Геда грибоподібним електродом – тривалість дії – 5-10 хв, потужність впливу слабка або середня, методика лабільна, на курс лікування – 8-10 процедур, щоденно;
- нормобарична гіпоксична терапія з вдиханням кисневої суміші з концентрацією кисню з 12,5 до 10 %, 3 цикли по 10 хв з 5 хвилинними інтервалами між ними, 10 процедур на курс лікування;
- ЕП УВЧ (27,12 МГц) бітемпорально або за лобово-потиличною методикою. Конденсаторні пластини діаметром 10 см із зазором 2-3 см, слабкотеплова доза, 7-12 хв, курс лікування 10-12 процедур, щоденно;
- голкорексфлексотерапія.

Використання методів психотерапії:

Психотерапія, психокорекція.

Показники оцінки ефективності реабілітаційної допомоги: покращення загального стану, зменшення або зникнення больового синдрому, покращення показників клінічних та інструментальних досліджень, опитувальників якості життя.

Перелік заходів, методів і засобів, які входять до програми реабілітації для 2 групи пацієнтів:

Санаторний режим: тренуючий.

Дієта: загальний стіл.

Використання засобів фізичної реабілітації та ерготерапії:²

Лікувальна ходьба: по площині, теренкур, скандинавська ходьба.

Лікувальна гімнастика: вправи виконують під контролем функціональних показників (ЧСС, ЧД, АТ, сатурація);

Ароматерапія

Лікувальний масаж спини та/або комірної зони (5-10 процедур через день, тривалість процедури 30 хв.);

Гідрокінезотерапія.

Консультавання щодо щоденної активності та побутових навичок згідно рекомендацій ВООЗ.

Використання природних лікувальних ресурсів та методик на їх основі:

Кліматотерапія: аеротерапія, повітряні і сонячні ванни.

Бальнеотерапія:

- ванни сухі вуглекислі, сірководневі, азотні, хлоридно-натрієві високої концентрації, йодо-бромні, хвойні 36° С, 8 хв., через день, № 8-10;
- перебування в термальному басейні, гідробоксах, через день, № 8;
- плавання в мінеральному басейні, через день, № 8-10;

² призначають залежно від рівня толерантності до фізичного навантаження (ТФН) та визначення режиму рухової активності.

- гідромасажні душі (підводний душ-масаж, циркулярний душ, душ Шарко), через день, по черзі з ваннами або басейном, № 8.

Пелоїдотерапія, теплотікування:

- грязьові аплікації на ділянку «комірна зона» 38°C, 20 хвилин, через день;
- парафінотерапія, озокеритотерапія, через день, №8.

Використання методик апаратної фізіотерапії:

- гальванізація шийних симпатичних вузлів. Сила струму – до 3-5 мА, тривалість впливу – 10-15 хв, курс лікування – 10-15 процедур, щодня;
- електрофорез по Бургіньону (орбітально - потилична методика) - сила струму 3-4 мА, тривалість впливу хвилин, курс лікування 15-20 процедур, щодня;
- ендоназальний електрофорез вітаміну В1, сила струму 0,5-2 мА, тривалість – 15-20 хв., курс – 10-15 процедур, щодня;
- низькочастотна магнітотерапія. Сегментарний вплив (комірцева зона), індукція – 20-40 мТл, тривалість 10-20 хв., курс – 10-15 процедур;
- транскраніальна електроаналгезія, частота імпульсів 200-300 Гц з наступним переходом на більш високі частоти - 800 - 1000 Гц, сила струму – до відчуття поколювання та безболісної вібрації під електродами, тривалість дії 20-40 хв, курс лікування 10 процедур щодня або через день;
- електросон (частота імпульсів – 8-15 Гц, тривалість впливу – 30-60 хв., курс лікування 15-20 процедур, щодня або через день);
- ЕП УВЧ (27,12 МГц) бітемпорально або за лобово-потиличною методикою. Конденсаторні пластини діаметром 10 см із зазором 2-3 см, слабкотеплова доза, 7-12 хв, курс лікування 10-12 процедур, щоденно;
- гальванізація шийно-лицьової зони за Келлатом, сила струму з 2 мА до 7 мА, з 8 хв. до 15 хв., на курс лікування 10-12 процедур;
- селективна хромотерапія, світловий екран на відстані 20-25 см, 20 хв., щодня, курс – 10 процедур;
- голкорексфлексотерапія.

Використання методів психотерапії:

Психотерапія, психокорекція.

Показники оцінки ефективності реабілітаційної допомоги: покращення загального стану, зменшення або зникнення скарг, покращення показників клінічних та інструментальних досліджень, опитувальників якості життя, збільшення толерантності до фізичних та психоемоційних навантажень.

Перелік заходів, методів і засобів, які входять до програми реабілітації для 3 групи пацієнтів:

Санаторний режим: щадний.

Дієта: загальний стіл.

Використання засобів фізичної реабілітації та ерготерапії:³

Лікувальна ходьба: по площині, теренкур, скандинавська ходьба.

Лікувальна гімнастика: вправи виконують під контролем функціональних показників (ЧСС, ЧД, АТ, сатурація);

Ароматерапія;

Лікувальний масаж спини та/або комірної зони (5-10 процедур через день, тривалість процедури 30 хв.);

Гідрокінезотерапія.

Консультування щодо щоденної активності та побутових навичок згідно рекомендацій ВООЗ.

Використання природних лікувальних ресурсів та методик на їх основі:

Бальнеотерапія:

- ванни сухі вуглекислі, сірководневі, азотні, хлоридно-натрієві високої концентрації, йодо-бромні, хвойні 36° С, 8 хв., через день, № 8-10;
- плавання в мінеральному басейні, через день, № 8-10;
- гідромасажні душі (підводний душ-масаж, циркулярний душ, душ Шарко), через день, по черзі з ваннами або басейном, № 8.

³ призначають залежно від рівня толерантності до фізичного навантаження (ТФН) та визначення режиму рухової активності.

Пелоїдотерапія, теплотікування:

- грязьові аплікації на ділянку «комірنا зона» 38-40°C, 20 хвилин, через день, №8-10;

Використання методик апаратної фізіотерапії:

- транскраніальна електроаналгезія, частота імпульсів 200-300 Гц з наступним переходом на більш високі частоти - 800 - 1000 Гц, сила струму – до відчуття поколювання та безболісної вібрації під електродами, тривалість дії 20-40 хв, курс лікування 10 процедур щодня або через день;
- високотонова терапія за загальним «віталізуючим» режимом із додатковим розташуванням електрода у шийно-комірцевій зоні. Тривалість процедури – 40-60 хв., через день, курс – 8 – 10 процедур;
- низькочастотна магнітотерапія на ділянку синокаротидних зон або паравертебрально на нижньошийні, верхньогрудні сегменти хребта. Індуктори прямокутні, магнітна індукція 25 мТл, експозиція 15-20хв, на курс 10-15 процедур;
- дарсонвалізація волосистої частини голови та шийно-комірцевій зони. Контактно, методом масажу, 10 хв., курс лікування 10-12 процедур;
- трансвертебральна мікрополяризація, тривалість 20 хв., курс – 10 процедур, щодня або через день;
- електросон (частота імпульсів – 8-15 Гц, тривалість впливу – 30-60 хв., курс лікування 15-20 процедур, щодня або через день);
- ендоназальний електрофорез. Методика ендоназальна або очно-потилична (анод на слизовій оболонці носу). Сила струму – 1-2 мА, 10-15 хв щодня або через день, курс – 10-12 процедур.

Показники оцінки ефективності реабілітаційної допомоги:

покращення загального стану, покращення показників клінічних та інструментальних досліджень, опитувальників якості життя, збільшення толерантності до фізичних та психоемоційних навантажень.

ВИСНОВКИ

Повернення босздатності військовослужбовця в умовах воєнного стану є соціально-значущим пріоритетом та медичним завданням, у вирішенні якого важливу роль відіграє реабілітаційна допомога на основі немедикаментозних методів відновного лікування в умовах санаторно-курортних і реабілітаційних закладів.

Комплексна реабілітація на основі індивідуального та мультидисциплінарного підходу – важлива складова відновлювального лікування, що дозволяє зменшити обмеження життєдіяльності, призводить до максимального відновлення дефіциту функцій, покращення якості життя та попередження інвалідизації.

Проведення реабілітаційних заходів в умовах санаторно-курортних і реабілітаційних закладів сприятиме досягненню максимального фізичного та психологічного відновлення, що прискорюватиме повернення військовослужбовців до професійного та соціального життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України № 1053-IX від 03.12.2020. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>
2. Наказ СБУ № 706 від 11.12.2017 «Про затвердження медичних показань та протипоказань для направлення осіб на санаторно-курортне лікування до санаторіїв Служби безпеки України» <https://ips.ligazakon.net/document/RE31476>
3. Стандарти (клінічні протоколи) санаторно-курортного лікування / За заг. ред. М.В. Лободи, К.Д. Бабова, Т.А. Золотарьової, Л.Я. Гриняєвої. К.: КІМ, 2008. 384с.
4. Реабілітація військовослужбовців з травмами опорно-рухового апарату та черепно-мозковою травмою в умовах санаторно-курортних і реабілітаційних закладів: методичний посібник/за заг. ред. Заболотної І.Б., Бабової І.К. Одеса: КП ОМД, 2022. 57 с.
5. Легка черепно-мозкова травма. Реабілітаційний інструментарій/ пер. з англ. Роман Шиян. К.: Наш формат, 2020. 704 с.
6. Завалій, Ю. В. (2022). Неврологічні та нейропсихологічні характеристики посткомоційного синдрому після легкої вибухової черепно-мозкової травми. / Ukrainian Neurosurgical Journal, 28 (1), С. 39–46. <https://doi.org/10.25305/unj.250714>
7. Охорона психічного здоров'я в умовах війни/ пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. – К.: Наш формат, 2017. – 1068 с.

УДК 353.415.61:616.7 (477.74)

Р 31

Укладачі: д. мед. н., проф. Бабов К. Д., к. мед. н. Балашова І. В.,
д. мед. н., Рожков В.С., к. мед. н. Футрук О. В., Брусніцин І. Г.

**РЕАБІЛІТАЦІЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ
З НАСЛІДКАМИ ЛЕГКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ В
УМОВАХ САНАТОРНО-КУРОРТНИХ І РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ
ЗАКЛАДІВ**

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ

Підписано до друку 23.08.2022 р.
Формат 60x84/16. Папір офсет. Друк офсет.
Ум. друк.арк. 1,28. Зам. 64.
Тираж 50 прим.

Видавництво КП ОМД
(свід. ДК № 774 від 17.01.2002 р.)
Надруковано в КП «Одеська міська друкарня»
65012, Одеса, вул. Пантелеймонівська, 17