

9. Мухін В.М. Фізична реабілітація. Київ : Олімпійська література, 2009. 488 с.
10. Фокин В.Н. Полный курс массажа: учебное пособие. Изд. 2-е, испр. и доп. Москва: ФАИР-ПРЕСС, 2006. 512 с.: ил.
11. <https://www.medcv.gov.ua/archives/68>
12. <http://www.1gkb.ru/news/188059/>

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ПІД ЧАС ВПРОВАДЖЕННЯ МАСАЖНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ ДЛЯ ПІДЛІТКІВ 12-14 РОКІВ ЗІ СКОЛІОЗОМ

Корж Ю.М., Корж З. О., Фоменко Д.О.

*Сумський державний педагогічний університет ім. А.С.Макаренка,
ННІФК, м. Суми, Україна*

Анотація. У статті розглядається масажна технологія для підлітків 12-14 років зі сколіозом I-II ст. з використанням методики класичного лікувального, сегментарно-рефлекторного і східного масажів та спеціальних коригуючих вправ.

Ключові слова: лікувальний та сегментарно-рефлекторний масаж, коригуючі вправи.

Abstract. The article considers massage technology for adolescents 12-14 years with scoliosis of I-II centuries using the methods of classical therapeutic, segmental-reflex and oriental massages and special corrective exercises.

Key words: therapeutic and segmental-reflex massage, corrective exercises.

Вступ. Упродовж останніх років спостерігається стійка тенденція до погіршення стану здоров'я молоді в Україні. Статистика свідчать, що в Україні майже 90% дітей, підлітків та юнаків мають різноманітні відхилення у стані здоров'я, понад 50% – мають незадовільний стан фізичної підготовленість,

збільшується кількість школярів, віднесених за станом здоров'я до спеціальної медичної групи.

У структурі захворюваності, порушення функцій опорно-рухового апарату (дефекти постави, сколіози та плоскостопість), посідають третє місце. Поширеність сколіозу серед підлітків становить від 1% до 2% [7].

Сколіоз – це фіксована вроджена або набута фронтально-торсійна деформація хребта [3].

Реабілітації хворих на сколіоз, протягом тривалого часу приділяли значну увагу. Своє бачення особливостей відновлення форми хребта та функціонального стану кардіо-респіраторної, нервової систем, шлунково-кишкового тракту, засобами ЛФК та масажу, пропонували: Ф.І. Богров, А.А Бірюков, В.І Васічкін, А.Ф. Вербов, В.І. Дубровський, В.А. Епифанов, Л.О. Кунічев, О.М. Рейзман, В.М. Мошков, В.М. Мухін та інші.

Усі автори наголошують, що масаж є одним з основних методів в комплексному лікуванні хворих на сколіоз. При цьому захворюванні з'являється асиметрія м'язового тону на ділянці викривлення хребетного стовпа. Зі сторони вершини сколіозу м'язи розтягнуті та ущільнені, а з протилежної сторони (увігнутості хребта) вони знаходяться в гіпертонусі, тому необхідно впроваджувати диференційовані методики тонізуючого і седативного впливу.

В. О. Епіфанов вказує, що масаж використовують не тільки як загально-зміцнюючий, але і коригуючий засіб при м'язово-зв'язочних порушеннях, характерних для даного захворювання. Усунення цих недоліків за допомогою спеціальних масажних прийомів і зменшення асиметричного навантаження на тіла хребців дозволяє призупинити прогресування сколіозу [4].

Диференційовану методику масажу з урахуванням форми, ступеня важкості та клінічних проявів сколіозу запропонували О.М. Рейзман і Ф.І. Богров [4].

При простому сколіозі, з однією вершиною викривлення (С-подібний), спину пацієнта умовно поділяють на дві частини – ліву і праву. Тонізуючу

методику проводять зі сторони вершини сколіозу. Прийоми розтирання та розминання виконують у швидкому темпі, переривчасто, глибоко, короткочасно, закінчуючи сеанс прийомами переривчастої вібрації (покалачування, рубання, плескання, стьобання).

Зі сторони увігнутості проводять седативну методику. Прийоми розтирання та розминання виконують в середньому або повільному темпі, поверхнево, не глибоко, безперервно. Закінчують сеанс прийомами безперервної вібрації з захватом і без захвату тканин (потряхування, стряхування, лабільну, стабільну). На цій ділянці проводять латеральне відтягування лопатки, а при поперековому сколіозі, каудальне відтягування гребня клубової кістки.

Якщо у пацієнта складний сколіоз з компенсаторною дугою (S-подібний), спину умовно поділяють на чотири частини, дві з одного боку і дві з іншого. Також у вихідному положенні (в. п.). пацієнта лежачи на животі виконують тонізуючу методику зі сторони вершини викривлення і седативну, з боку увігнутості.

У в. п. лежачи на спині за тонізуючою методикою масують грудні та міжреберні м'язи зі сторони переднього реберного горба та м'язи живота, а з протилежного боку грудної клітки проводять седативну методику.

А. А. Бірюков пропонує при сколіозі I-II ступеня важкості використовувати диференційний масаж м'язів шиї, спини, грудних, сідничних м'язів та м'язів живота як загальнозміцнюючий засіб. Автор рекомендує в комплексне лікування включати коригуючі гімнастичні вправи і плавання, а також проводити загальний масаж в лазні, де 60% часи приділяють масажу м'язів тулуба [1].

В. І. Васічкін наголошує, що при сколіозі бажано використовувати методи пасивної корекції та виконувати одночасно седативний та тонізуючий масаж на різних ділянках хребта [2].

З огляду використаних джерел видно, що актуальність проблеми профілактики і корекції форми хребта засобами масажу та фізичної терапії

виходить на одне з перших місць. На нашу думку особливо для підлітків, в пубертатний період, необхідно розробляти і впроваджувати комплексні методики з використанням класичного лікувального, сегментарно-рефлекторного та східного масажів, прийомів Су Джок терапії та спеціальних коригуючих вправ.

Мета дослідження. Розробити та перевірити на практиці ефективність масажної технології з використанням класичного лікувального, сегментарно-рефлекторного, східного масажів, прийомів Су Джок терапії та коригуючих гімнастичних вправ з підлітками 12-15 років, хворих на сколіоз I-II ступеня.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати науково-методичну літературу, що висвітлює засоби і методики фізичної реабілітації для хворих на сколіотичну хворобу.
2. Розробити та перевірити ефективність масажної технології із застосуванням класичного лікувального, сегментарно-рефлекторного, східного масажів, прийомів Су Джок терапії та спеціальних коригуючих вправ для підлітків 12-14 років зі сколіозом I-II ступеня.

Хід дослідження та обговорення результатів. На протязі 2020-2021 року (жовтень-березень) на базі навчально-реабілітаційного центру кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії ННІФК Сумського державного педагогічного університету ім. А.С. Макаренка було проведено лінійне дослідження, в якому брало участь 6 підлітків 12-14 років зі сколіозом I-II ступеня.

В основну групу (ОГ) увійшло 2 хлопчика з правостороннім грудним сколіозом I-II ст., 2 дівчинки з правостороннім грудо-поперековим сколіозом II ступеня і 2 дівчинки з S-подібним сколіозом II ступеню. Пацієнти займалися за розробленою масажною технологією, в склад якої також входили спеціальні коригуючі вправ (симетричні, асиметричні, деторсійні). Базовою методикою в цій технології була методика класичного масажу О.М. Рейзман та Ф. І. Богрова, але вона була доповнена спеціальними прийомами сегментарно-рефлекторного, східного масажу та Су-Джок терапії.

Завданнями масажної технології було: стимуляція функцій кардіо-респіраторної системи, розвиток силової витривалості м'язів тулуба і кінцівок, відновлення симетричного м'язового тону, формування стереотипу правильної постави.

Тестування силової витривалості м'язів розгиначів хребта (діти у в. п. лежачи на животі, піднімали тулуб і кінцівки та утримували їх) і черевного пресу (діти лежачи на спині, у повільному темпі переходили у в. п. сидячи) на початку дослідження засвідчило, що діти ОГ мали недостатній розвиток силової витривалості цих м'язових груп, що негативно впливало на формування фізіологічних вигинів та стереотип постави. Тому були підібрані симетричні силові коригуючі вправи з поступовим збільшенням статичного компонента (2-7 с), під час яких діти у в. п. лежачи на животі, прогиналися з різним положенням кінцівок, та у в. п. лежачи на спині – піднімали тулуб і нижні кінцівки. Силові вправи чергували зі статичними (різні типи дихання) та динамічними (флексія-екстензія, абдукція-аддукція верхніх кінцівок) дихальними вправами.

В диференційовану методику класичного лікувального масажу включали прийоми сегментарно-рефлекторного масажу (переміщення, свердління, штрих-свердління та пили), що сприяло покращенню трофіки та відновленню тону паравертебральних м'язів. В процесі виконання прийому переміщення, масажист основою долоні виконував гвинтоподібне натискання знизу вгору на ребра зі сторони вершини викривлення. Іншу долоню він накладав на протилежний гребінь клубової кістки і виконував циркулярні рухи до хребта [2].

Зі сторони заднього реберного горба проводили мануальний коригуючий прийом, який складався з двох одночасних рухів долонею масажиста з обтяженням: надавлювання на вершину реберного горба у вентральному напрямку та зміщення його в медіальному напрямку, що сприяло корекції викривлення хребта. Під час сеансу даний прийом проводили 4-8 разів.

Масажна технологія також включала методику лінійного масажу вздовж хребетного стовпа. Особливістю її було те, що зі сторони увігнутості проводили 10 пасів, надавлюючи великим пальцем на м'язи паравертебральної ділянки знизу вгору. Зі сторони вершини викривлення масажист виконував 20 пасів, приділяючи увагу ущільненню паравертебральних м'язів [6].

На протязі дня діти 4-5 разів виконували масаж рефлексогенних ділянок хребетного стовпа згідно методу Су-Джок терапії. Ці ділянки знаходяться на тильній поверхні кисті (першої п'ясної кістки та на ділянці між третім і четвертим пальцями до променево-зап'ясткового суглоба) і на медіальному краї стопи, вздовж її подовжнього склепіння [5].

Метод Су-Джок терапії допомагав збільшити кровообіг та трофіку периартикулярних тканин хребетного стовпа, покращував регенерацію хрящової тканини і зв'язочно-сухожилкового апарату.

Після сеансу масажу проводили коригуючі асиметричні та деторсійні вправи, які підбирали індивідуально в залежності від напрямку, локалізації та ступеню важкості сколіозу. Вони включали: нахили тулуба в правий бік у в. п. стоячи з піднятими вгору верхніми кінцівками – при правосторонньому грудному сколіозі, або відведенням правої нижньої кінцівки в бік на носок – при правосторонньому грудо-поперековому сколіозі; повороти тулуба в бік протилежний торсії, утримуючи зігнуті верхні кінцівки за головою у в. п. сидячи зверху на стільці, або стоячи.

Асиметричні та деторсійні вправи пацієнти спочатку виконували динамічно, але поступово збільшували навантаження за рахунок статичного компоненту, утримання коригуючого положення з 5 до 40 с, 4-5 разів на день по 2 підходи.

Аналіз тестування силової витривалості м'язів в кінці дослідження засвідчив покращення цих показників: м'язів розгиначів хребта на 34%, а м'язів черевного пресу на 31%. З метою оцінки положення хребетного стовпа та формування стереотипу правильної постави проводили дослідження параметрів ромба Машкова (табл. 1) та плечового індексу.

Таблиця 1.

Показники ступеня порушень ромба В.М. Машкова, см

№ з / п	Показники відхилення від норми	Ступень порушень
1.	0,1-0,4	Норма
2.	0,5-1,0	I
3.	1,1-1,5	II
4.	1,5-2,0	III
5.	2,1-2,5	IV

В кінці дослідження показники ромба Машкова покращилися в усіх дітей ОГ. Цей показник відновився до норми у 4 підлітків, що склало 66,7%. У 2 підлітків (33,3%) він покращився з II ст. до I ст. (табл. 2).

Під час оцінки показників плечового індексу враховували той факт, що в нормі відношення показника ширини плечей до плечової дуги складає 90–100%.

В кінці дослідження в усіх дітей показник плечового індексу відновили до норми.

Таблиця 2.

Динаміка показників ромба В.М. Машкова

Ступень відхилення	На початку дослідження		В кінці дослідження	
	Аб.	%	Аб.	%
норма	-	-	4	66.7
I	3	50	2	33.3
II	3	50	-	-
III	-	-	-	-
IV	-	-	-	-

Вважаємо, що показники ромба Машкова і плечового індексу покращилися, або відновилися до норми завдяки кумулятивному впливу від включення в комплексу масажну технологію, вправ на розвиток сили і силової витривалості м'язів розгиначів хребта, черевного пресу, дихальних м'язів і вправ на формування стереотипу правильної постави.

На нашу думку формування стереотипу правильної постави у різних в. п. є одним з першочергових завдань реабілітації дітей з даною патологією тому,

що основною причиною виникнення статичних сколіозів є асиметричні положення тіла дитини. Основними компонентами цієї роботи є: формування у дитини слухового образу правильної постави; формування у неї візуального образу правильної постави; розвиток м'язових відчуттів правильного, симетричного положення тіла та збільшення силової витривалості м'язів.

Для реалізації цих завдань залучали батьків та використовували вправи: біля стіни; напроти дзеркала; з казковим запатентованим посібником «Черепашка» на голові у в. п. сидячи, стоячи; з гімнастичної палицею; з вибиванням гумового м'яча тощо.

Висновки. Було розроблено та впроваджено масажну технологію з використанням прийомів класичного лікувального, сегментарно-рефлекторного, східного масажів, методу Су-Джок терапії та дихальних і силових коригуючих вправ.

Аналіз результатів прикінцевого зрізу дослідження виявив, що усі показники покращилися: силової витривалість м'язів, розгиначів хребта – на 34%; м'язів черевного пресу на 31%; у 4 підлітків, показники ромба Машкова відновився до норми (66,7%), а у 2 дітей вони покращилися до I ст.; плечовий індекс відновився у 100% дітей. Результати дослідження підтверджують ефективність розробленої масажної технології.

Перспективи подальших досліджень. На нашу думку в комплексну масажну технологію дітей хворих на сколіоз необхідно включити засоби самомасажу на масажних ролах та проведення коригуючих вправ ігровим методом із застосуванням дитячих тренажерів для покращення мотивації.

Література

1. Бирюков А.А. Лечебный массаж: учебник для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности «Физическая культура». – М: Советский спорт, 2000. – 296 с.
2. Васичкин В.И. Сегментарный массаж / В.И. Васичкин. – Ростов н/Д: Феникс, 2008. — 312 с.

3. Гальперина Г. А. Массаж при заболеваниях позвоночника / Г. А. Гальперина. – М.: Вече, ЛитРес, 2018. – 180 с.
4. Епифанов В. А. Атлас профессионального массажиста / В.А. Епифанов. – М.: Эксмо, 2014. – 384 с.
5. Кибардин Г.М. Су-Джок лечит: мигрень, кашель, боль в спине, тяжесть в желудке / Г.М. Кибардин. – Москва: Издательство «Э», 2016. – 208 с.
6. Очерки методов восточной рефлексотерапии / Гаваа Лувсан. – 3-е изд., перераб. и доп. – Новосибирск: Наука. Сиб. отд-ние, 1991. – 432 с.
7. Ставицька О.М. Засоби фізичної реабілітації при сколіозі у дітей / О.М. Ставицька // Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини. – 2017. – № 1. – С. 73-78.

ПОЄДНАНИЙ ВПЛИВ МАСАЖУ І ТЕЙПУВАННЯ ПРИ ЛАТЕРАЛЬНОМУ ПОСТНАВАНТАЖУВАЛЬНОМУ ЕПІКОНДИЛІТІ

Манучарян С.В.¹, Білецька О.М.², Мреісат Хаді³,

¹Харківський національний медичний університет, Україна

²Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

³Харківський національний медичний університет, Ізраїль

Анотація. Розглянуто основні причини виникнення захворювання. Охарактеризовано поєднаний вплив сучасних засобів фізичної терапії у відновному лікуванні латерального постнавантажувального епікондиліту. Мета роботи: провести аналіз застосування засобів фізичної терапії в процесі відновлення функції ліктьового суглоба.

Ключові слова: епікондиліт, ліктьовий суглоб, лікувальний масаж, кінезіотейпування.

Abstract. The main causes of the disease are considered. The combined effect of modern means of physical therapy in the restorative treatment of lateral post-stress