

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

epicondylitis is characterized. Goal of the work: to analyze the use of physical therapy in the process of recovery of the elbow joint

Keywords: epicondylitis, elbow joint, therapeutic massage, kinesiotaping.

Вступ. Латеральний епікондиліт або «лікоть тенісиста» – це захворювання сухожилля м'язів, що прикріплюються до латерального надмищелку плечової кістки. Зазвичай, вогнище запалення виникає на стиках кісток і зв'язків, але іноді поширюється по всьому сухожиллю. Латеральний епікондиліт відносять до ентезопатій або позасуглобових захворювань. Епікондиліт супроводжують сильний біль та порушення моторної активності ураженого суглоба. Біль в суглобі зростає під час руху. Травмування може ускладнювати захворювання відривом уражених сухожиль від місць прикріплення до кістки.

Частіше латеральний епікондиліт виникає через тривале травмування або перевантажування м'язів розгиначів зап'ястя у професійних спортсменів. Нашарування мікротравм за постійного м'язового перевантаження призводять до хронічної (втомної) травми, часто – до тендінозу – дистрофії та дегенерації сухожилля [7; 10]. За тендінозу місце прикріплення сухожилля до кістки стає крихким (тендіноз) [7].

Запалення сухожилля також може бути гострим. У разі гострого запалення (реакції навколо волокон сухожилля) можливе повне відновлення.

Мета та завдання дослідження: провести аналіз застосування засобів фізичної терапії в процесі відновлення ліктьового суглоба.

Хід дослідження та обговорення результатів. За виникнення запалення навантаження на руку необхідно зменшувати. Проте повний тимчасовий відпочинок не завжди ефективний. Для реабілітації «ліктя тенісиста», важливо впливати на всі ланки механізму захворювання. Лікування проводять консервативним або хірургічним методами.

Консервативні методи. Під час гострого періоду необхідна іммобілізація верхньої кінцівки протягом 7-8 днів. Для полегшення болю застосовують

охолоджувальні обгортання: холодний мішок або лід, по 10 хв 2-3 рази на день в поєднанні з охолоджувальним гелем.

Фізіотерапія. Застосування ударно-хвильової ультразвукової терапії приводить до збільшення кровопостачання, значно прискорює регенерацію сполучної тканини та формування рубцевої тканини, що скорочує період реабілітації функції суглоба. Однак, цей метод не застосовують за гострого запалення [3].

Використання лазера високої інтенсивності сприяє зменшенню проявів запалення в ділянці суглоба, прискорює регенерацію тканин, поліпшує метаболічні процеси.

Компресійні пов'язки – ефективні як екстренна допомога під час занять спортом. Проте накладання пов'язки має бути строго локалізовано, щоб уникнути погіршення рухової активності.

Лікарські препарати. У разі хронічного перебігу захворювання локально призначають курси пролонгованої новокаїнової блокади, ін'єкції вітамінів В1, В2, В12 тощо.

Лікувальний масаж м'язів передпліччя і плеча застосовують для запобігання або усунення атрофії м'язів, нормалізації функції суглоба.

Лікувальна гімнастика – виконують вправи на розтягування і зміцнення м'язів передпліччя. Виконання ексцентричних вправ (згинання розтягнення променево-зап'ясткового суглоба і розтягнення м'язів передпліччя) надає значне полегшення і сприяє одужанню. Регулярне виконання вправ на розтяжку зменшує натяг сухожиль [3,5,8].

Кінезіотепування – накладення на кожу спеціально оброблених еластичних клейких стрічок, що стимулюють шкірні рецептори, поліпшують кровообіг та послаблюють біль, а також забезпечують рухливе навантаження в уражених тканинах [1].

Ортезування. Для зниження напруги при виконанні повсякденних дій рекомендують носіння спеціальної пов'язки під ліктьовим суглобом.

Міостимуляція – сприяє нормалізації м'язового тону.

Хірургічні методи. До оперативного втручання вдаються за неефективного консервативного лікування протягом 4-6 місяців, що буває доволі рідкісним випадком. Після операцій також застосовують засоби кінезотерапії консервативного лікування [10].

Таким чином, головні завдання консервативного лікування епікондиліту ліктьового суглоба можна сформулювати певним чином: ліквідувати біль в місці ураження; відновити або поліпшити регіонарний кровообіг; відновити повний обсяг рухів в суглобі ліктя; попередити атрофію м'язів передпліччя.

Одним з більш важливих методів на шляху до повного відновлення функцій руки є лікувальні масаж. Аналіз літературних джерел, надав можливість визначити пріоритетність застосування лікувального масажу і кінезіотерапії одночасно тощо.

Лікувальний масаж попереджує наслідки спортивної та виробничої мікротравм суглобів. Через поліпшення кровопостачання суглоба і оточуючих його тканин, масаж запобігає пошкодженню хрящової тканини, зміцнює сумково-зв'язковий апарат і сухожилля. У відновлювальному лікуванні травм, захворювань опорно-рухового апарату масаж є неодмінним компонентом лікування, стимулює регенеративні процеси, зокрема кісткової тканини, попереджає розвиток атрофії, контрактур, сприяє швидкому відновленню усіх функцій суглоба.

Завдання масажу: надати знеболюючу, протизапальну і розсмоктувальну дію; сприяти швидшому відновленню втрачених функцій даного суглоба.

Застосовують наступну методику масажу: масаж верхньої частини спини; масаж ший; масаж плеча (двоголового, дельтоподібного, триголового м'язів); масаж передпліччя (згиначів, розгиначів); масаж ліктьового суглоба (але В. І. Дубровський не рекомендує масажувати ліктьовий суглоб, на його думку масаж сприяє звуженню переднього відділу суглобової сумки).

На верхній ділянці спини, від нижніх кутів лопаток до надпліччя, застосовують прийоми погладжування (1-2 види) і розтирання фасції трапецієподібного м'яза – колоподібне подушечкою великого пальця,

колоподібне подушечками чотирьох пальців, колоподібне фалангами зігнутих пальців, колоподібне бугром великого пальця.

На шиї, крім погладжування і видавлювання, проводять розминання – ординарне, подвійне кільцеве, колоподібне подушечками чотирьох пальців, колоподібне фалангами зігнутих пальців. Кілька прийомів проводять уздовж хребетного стовпа від початку покриву волосся до 7-го шийного хребця.

На двоголовому м'язі плеча виконують погладжування, видавлювання і розминання: ординарне, подвійне кільцеве, колоподібне дзьобоподібне, колоподібне фалангами зігнутих пальців.

На дельтоподібному, двоголовому і триголовому м'язах плеча застосовують прийоми погладжування, видавлювання і розминання: ординарне, подвійне кільцеве, колоподібне подушечками чотирьох пальців, колоподібне фалангами зігнутих пальців, колоподібне дзьобоподібне.

На згиначах передпліччя проводять погладжування, видавлювання, розминання: ординарне, колоподібне фалангами зігнутих пальців, колоподібне дзьобовидно (кисті до себе і від себе).

На розгиначах передпліччя, крім погладжування і видавлювання, виконують розминання: колоподібне подушечками чотирьох пальців, колоподібне фалангами зігнутих пальців, колоподібне дзьобоподібно.

Потім на триголовому м'язі застосовуються віджимання і погладжування.

На ліктьовому суглобі, на його внутрішній і зовнішній ділянках, прийоми виконують в різних положеннях руки. Під час масажування внутрішньої частини суглоба рука має лежати вздовж тулуба, застосовують колоподібне погладжування основою долоні і розтирання: колоподібне подушечками чотирьох пальців, колоподібне фалангами зігнутих пальців, колоподібне дзьобоподібне, колоподібне бугром великого пальця, колоподібне подушечкою великого пальця і колоподібне основою долоні.

Під час масажування зовнішньої частини ліктьового суглоба зігнута рука має лежати перед головою, можна застосувати колоподібне погладжування основою долоні і розтирання: колоподібне подушечками

чотирьох пальців, колоподібне дзьобоподібне, колоподібне ребром великого пальця, колоподібне основою долоні [2,6,11].

Під час перших процедур больові точки спеціальному масажу не підлягають і включаються в міру зменшення болю. Закінчують процедуру масажу потрушуванням всієї кінцівки, активними та пасивними рухами в усіх її суглобах. Тривалість масажу: 10-15 хвилин, курс: 7-10 процедур, краще через день [4].

У післяопераційному періоді масаж починають з м'язів надпліччя. Потім окремо масажують згиначі і розгиначі плеча. Прийоми: погладжування, розтирання, розминання. Далі масажують суглобову сумку з передньої, тильної поверхні: погладжування розтирання кругові, прямолінійні та колоподібні рухи. На місці операції усі прийоми проводять ніжно, без зусиль, повільно. На курс 12-15 процедур, тривалість: 10-12 хв, щодня. Поєднують з фізіопроцедурами і лікувальною гімнастикою [2,4,6].

Кінезіотейпування – це сучасний метод немедикаментозного лікування, що набув поширення у світовій практиці. Метод забезпечує постійну підтримку та розслаблення перенапружених м'язів та сухожилля, не обмежує свободу руху та зменшує симптоматику запалення і сприяє прискоренню природнього процесу їх відновлення.

Незалежно від усіх базових аплікаційних технік, тканини в місці аплікації мають бути в натягнутому стані. Аплікації мають забезпечувати характерну хвилясту поверхню пластиря (конволюцію), що свідчить про збереження нормального кровотоку та лімфодренажу в зоні руху. Отже, дефіцит натягу тканини за аплікації краще, ніж його надлишок.

В терапевтичному аспекті виділяють два основних способи кінезіотейпування: 1) інгібіція або аплікація для розслаблення м'яза (від дистального його кінця до проксимального, 15-25% натягу); 2) фасилітація або аплікація для підтримки і стимуляції м'язової активності (від проксимального до дистального його кінця, 15-35% натягу). Через недотримання принципів аплікації виникає ризик подальшої травматизації і погіршення стану пацієнта.

Тейпування за деформації ліктьового суглоба («тенісний лікоть») починають з тестування: обсяг розгинання середнього пальця на розігнутій і пронованій руці. Після тестування проводять м'які щадні техніки для розслаблення розгиначів пальців: Z-подібні поперечні рухи та плавні рухи за основними напрямками м'язових черевиць (до ефекту розслаблення під пальцями – не більше 5 хв). Після розслаблення розгиначів пальців проводять повторне тестування больового синдрому, і за його відсутності застосовують I-подібну аплікацію від основи зовнішньої поверхні фаланг 3-4 пальців до зовнішнього надмищелка. Наприкінці процедури проводять реєдукацію – відновлення здатності розслабленого м'яза до виконання статичних та динамічних навантажень через спеціальні вправи (обертання і згинання в ліктьовому суглобі) [1,9].

Сумісність масажу з іншими фізичними засобами лікування. Поєднання прийомів класичного масажу з окремими фізіотерапевтичними процедурами потребує врахування ознак їх сумісності: схожості за фізіологічним впливом, глибиною та інтенсивністю дії цих процедур, а також характеру патологічного процесу, а головне – вихідного стану та реактивності самого хворого на дану процедуру.

Не застосовують в один день такі потужні подразники, як загальний масаж і загальну світлову ванну. Несумісні такі чинники, як загальне ультрафіолетове випромінювання і масаж, душ Шарко і загальний масаж.

Фізіотерапевтичні процедури, що не мають тривалого періоду дії та не спричиняють важкого навантаження на серцево-судинну та нервову системи, призначають в один день, але у різний час доби. Наприклад, водна ванна (нетривала та невисокої температури) й масаж, парна баня і масаж, грязелікування (місцева аплікація) та масаж, парафінова аплікація та масаж. Сумісні сеанси масажу і вуглекислої ванни або сеансу загального масажу і загального сонячного опромінення, але неодмінно в різні дні. Ванни рекомендують вранці, а масаж ввечері чи після обіду [4].

Лікувальну гімнастику поєднують з масажем за певними схемами. Зазвичай, гімнастику проводять після масажу [4, 5, 8].

Висновки. Таким чином, відновлення хворих на ліктьовий епікондиліт через поєднання лікувального масажу з кінезіотейпуванням є найбільш ефективним і доцільним. Одночасний вплив цих фізичних чинників на уражену область позитивно сприяє поверненню пацієнта до звичного способу життя.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з розробкою моделі індивідуальної програми фізичної терапії спортсменів за латерального постнавантажувального епікондиліта ліктьового суглоба.

Література:

1. Ачкасов Е.Е., Белякова А.М., Касаткин М.С. Москва. Клиническое руководство по кинезиологическому тейпированию. 2017. 336 с.
2. Бирюков А.А. Лечебный массаж: учебник для студ. высш. учеб. заведений. Москва: Издательский центр «Академия», 2004. 368 с.
3. Буйлова Т.В. Реабилитация при эпикондилитах плеча. Клинические рекомендации. *Вестник восстановительной медицины*. 2016. №1 (71). С. 80-84.
4. Васичкин В.И. Все про массаж. Москва, Санкт-Петербург: АграуЛитагент «АСТ», 2014, 81 с.
5. Воротников А.А. Экстракорпоральная ударно-волновая терапия в лечении тендопатий верхних, нижних конечностей у пациентов с отягощенным соматическим статусом. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2012. № 2. С.73-76.
6. Єфіменко П.Б. Техніка та методика масажу: навч. посібник. Харків: ОВС, 2007. 215 с.
7. Макмаон П.З. Спортивная травма, диагностика и лечение: пер. с англ. Москва: Практика, 2011. 366 с.
8. Мариинкееич В.К. Опыт применения радиальной экстракорпоральной ударно-волновой терапии в условиях санатория. *Военная медицина*. 2011. №3(20). С.57-59.

9. Субботин Ф.А. Терапевтическое тейпирование в консервативном лечении миофасциального болевого синдрома. Москва: ООО «Буки Веди», 2015. 286с.

10. Травматологія та ортопедія: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / за ред. Г.Г.Голки, О.А. Бур'янова, В.Г. Климовицького. Вінниця: Нова Книга, 2013. 400с.

11. Фокин В.Н. Полный курс массажа: учебное пособие. Москва: ФАИР-ПРЕСС, 2004. 512 с.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕДУРИ МАНУАЛЬНОГО МАСАЖУ ПРИ ПОСТУРАЛЬНИХ ПОРУШЕННЯХ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Віталій ОСІПОВ, Анастасія МИРКАЛОВА

Бердянський державний педагогічний університет, Україна

Анотація. У статті розглядаються рекомендації для практикуючих масажистів щодо проведення процедури масажу при постуральних порушеннях опорно-рухового апарату, що значно підвищить ефективність та результативність реабілітаційних заходів.

Ключові слова: масаж, постуральні порушення, м'язовий дисбаланс, опорно-руховий апарат, реабілітація.

Abstract. The article discusses the recommendations for practicing masseurs to conduct a massage procedure for posture disorders musculoskeletal system, which will significantly increase the efficiency and effectiveness of rehabilitation measures.

Key words: massage, posture disorders, muscle imbalance, musculoskeletal system, rehabilitation.

Вступ. Масаж є найдавнішим методом мануальної терапії, яким у Давні Часи володіли знахарі та костоправи різних національностей, епох і культур при лікуванні травм, переломів кісток, вивихів та забоїв. Серед них і такі відомі імена як Гіппократ, Гален, Авіценна, Цельс. Однак наукове вивчення масажу в