

8. Loch F., Hofzum Berge A., Kölling S., Kellmann M. Stress States, Mental Fatigue, and the Concept of Mental Recovery in Sports. Feelings in Sport: Theory, Research, and Practical Implications for Performance and Well-being, 2020. 270 p.

9. Textbook of sports medicine: basic science and clinical aspects of sports injury and physical activity / M. Kjær, M. Krogsgaard, P. Magnusson [et al.]. Blackwell Science, 2003. 808 p.

10. Viru A. Biochemical Monitoring of Sport Training. Human Kinetics Publishers, 2001. 300 p.

ЛІКУВАЛЬНИЙ МАСАЖ МОЛОДИХ ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ З ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Філак Ф.Г. Філак Я.Ф.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Анотація. Обстежено 30 молодих осіб з остеохондрозом шийного відділу хребта в амбулаторних умовах. Показники ступеню болю в ділянці шиї були середньої інтенсивності і становили 6,93 балів. Доведена ефективність застосування методики лікувального масажу, який спрямований на покращання клінічних показників, нормалізацію амплітуди рухів в шийному відділі хребта.

Ключові слова: лікувальний масаж, остеохондроз шийного відділу хребта, міжхребцевий диск.

Abstract. 30 young people with osteochondrosis of the cervical spine in an outpatient setting were examined. Indicators of the degree of pain in the neck were of medium intensity and amounted to 6.93 points. The effectiveness of the therapeutic massage technique, which is aimed at improving clinical performance, normalization of the amplitude of movements in the cervical spine, has been proven.

Key words: therapeutic massage, osteochondrosis of the cervical spine, intervertebral disc.

Актуальність проблеми. Дослідження впливу методів масажу у хворих на остеохондроз шийного відділу хребта має велику доцільність, оскільки

кількість молодих людей, які страждають на дане захворювання з кожним роком стає все більше. Згідно з А. І. Сухановим, зміни функціонального стану організму виникають внаслідок гіпокінезії і гіподинамії. Вони виникають через обмеження рухів у результаті хвороб і низької фізичної активності, дії на організм зовнішніх факторів урбанізації населеності, режиму трудової і навчальної діяльності, недостатності або незбалансованості харчування після 25 років спостерігаються більші чи менші дегенеративні зміни в хребті. Остеохондроз хребта розглядають як одну із найбільш розповсюджених форм хронічного системного ураження сполучної і хрящової тканини, для якої характерно: тотальність і в той же час нерівномірність уражень окремих відділів хребта, невідповідність морфологічних змін клінічним проявам захворювання, спонтанне одужання та зникнення клінічних проявів. Проведені дослідження показали, що понад 80% дорослого населення земної кулі відчуває біль у спині, має особистий досвід лікування цієї хвороби. Це захворювання за кількістю хворих поступається лише респіраторним інфекціям і посідає третє місце у світі за частотою причин госпіталізації. [2, 3].

В основі остеохондрозу хребта лежить дегенерація міжхребцевого диска з подальшим залученням в процес тіл суміжних хребців, а також зміни в міжхребцевих суглобах і зв'язковому апараті. Процес починається в пульпозному ядрі диску, потім переходить на всі його елементи, в подальшому уражуючи весь сегмент: тіла межуючих дисків, міжхребцеві суглоби та зв'язковий апарат. Існує понад 10 теорій, що пояснюють виникнення остеохондрозу хребта. Наростання дегенеративних змін у міжхребцевому диску має відповідний морфологічний субстрат і характерні клінічні прояви. Багатогранність клінічних форм остеохондрозу супроводжується багатогранністю способів відновного лікування, які складаються в основному з різноманітних ортопедичних, медикаментозних і фізіотерапевтичних методів, а також таких засобів фізичної реабілітації як лікувальна фізична культура у різних її формах, лікувальний масаж та природні фізичні чинники. Сучасна людина відрізняється малорухливим, сидячим засобом життя. При тривалому навантаженні на хребет в ньому розвиваються дегенеративно-дистрофічні зміни, в першу чергу в міжхребцевих дисках. Постійне м'язове напруження

спостерігається у осіб багатьох професій, пов'язаних з тривалою фіксацією робочих поз, однотипними дрібними рухами рук, а також тих, що підлягають вібраційним впливам та струсам тіла. Професійний остеохондроз нерідко виникає у осіб таких професій, як машиністки, касири, телефоністки, в'язальниці, водії та ін. Велике значення у виникненні шийного остеохондрозу хребта мають також «хлистові» рухи головою, що виникають при гальмуванні транспорту. Постійне м'язове напруження призводить до погіршення кровообігу в м'язах, оточуючих хребет, плечовий пояс та суглоби верхніх кінцівок [1, 4, 5].

Мета дослідження – науково обґрунтувати та практично перевірити ефективність лікувального масажу у молодих осіб працездатного віку з остеохондрозом шийного відділу хребта.

Завдання дослідження:

1. Обґрунтувати методику лікувального масажу у молодих осіб, хворих на остеохондроз шийного відділу хребта.

2. Перевірити ефективність запропонованої методики масажу при остеохондрозі шийного відділу хребта у молодих осіб працездатного віку.

Хід дослідження та обговорення результатів. З цією метою дослідження проведені у 30 молодих осіб з остеохондрозом шийного відділу хребта у стадії нестійкої ремісії, з них 12 хлопців і 18 дівчат віком від 23 до 28 років. Пацієнти були детально обстежені і проходили амбулаторне лікування у поліклінічному відділенні м. Ужгорода. На початку дослідження було проведено опитування хворих з метою збору скарг, анамнезу життя і хвороби. Для вирішення сформованих завдань використовувались такі методи дослідження:

- аналіз науково-методичної літератури;
- оцінка відчуття болю у шийному відділі хребта;
- тест Шобера.

За даними опитування практично всі хворі скаржилися на болі або дискомфорт в шийному відділі хребта. Болі в грудному відділі відзначали 73,3% пацієнтів, обмеження рухливості в шийному відділі хребта відзначали 90,0% молодих осіб, головні болі відповідно 46,7%, відчуття гіперестезії

комірцевої ділянки відзначали 66,7% пацієнтів. Пальпаторну болючість окремих м'язів шиї, плеча, а саме трапецієподібного, дельтовидного, двоголового м'язу плеча відзначали усі 100,0% пацієнтів. Порушення загального стану у вигляді погіршення сну, дратівливості, загальної слабості відзначали 50,0% молодих осіб. Ці ознаки легко приймаються за звичайну втому, яка з часом стає постійним супутником. Це означає, що хвороба приймає хронічний характер.

На початку дослідження, за запропонованою методикою, ми просили пацієнтів оцінити ступінь болю у шийному відділі хребта за 10 бальною шкалою (табл. 1).

Таблиця 1.

Оцінка відчуття болю до застосування лікувального масажу

№	Вік пацієнта	Шия	Плече	Лопатка
1	24	7	5	4
2	25	8	6	4
3	25	6	7	5
4	27	9	6	7
5	26	8	8	8
6	24	6	6	4
7	28	8	7	6
8	25	5	6	4
9	28	8	6	7
10	23	7	7	5
x	25,5	6,93	6,4	5,3

Як видно із таблиці, у хворих з остеохондрозом шийного-грудного відділу хребта спостерігалась висока ступінь болю. Так, середні показники ступеню болю були такими: в області шиї – 6,93 балів.; в області плеча – 6,4 балів; в області лопатки – 5,3 балів

Таким чином у більшості обстежених пацієнтів відзначаються висока ступінь болю в шийному відділі з іррадіацією в лопатку, плече.

При проведенні оцінки рухливості хребта у шийному відділі застосовувався модифікований тест Шобера: визначалась відстань від горбка потиличної кістки до остистого відростка VII-го шийного хребця. У обстежених пацієнтів відстань від горбка потиличної кістки до остистого відростка VII-го

шийного хребця становила $5,67 \pm 1.02$ см. при розгинанні 2.07 ± 0.64 см. Норма становить 8-10 см. при згинанні і 3-4 см. при розгинанні Таке зниження амплітуди рухів в шийному відділі хребта оцінюється як помірне.

Лікувальний масаж має за мету: зменшення болю, зменшення тонусу напружених м'язів шиї, комірцевої зони, плечового пояса, покращення трофічних і регенеративних процесів, поліпшення крово- і лімфообігу, мікроциркуляції збільшення рухливості хребта та працездатності молодих осіб, продовження ремісії захворювання. При проведенні масажу застосовували основні прийоми – погладжування, розтирання, розминання, вібрацію. Рекомендували положення лежачи і сидячи. При положенні лежачи на животі м'язи по можливості повинні бути максимально розслаблені, руки витягнуті вздовж тулуба, голова повернута в сторону. У положенні сидячи на стільці пацієнт спиною до масажиста розслабляє руки і кладе їх на стегна, або на опору.

Проводили лікувальний масаж в положенні пацієнтів лежачи на животі. Починали масаж з площинного поверхневого, глибокого та обхоплюючого погладжування всієї спини з акцентом на комірцевій зоні двома руками, які рухаються симетрично. Потім проводили погладжування задньої поверхні шиї в напрямку від тім'яної ділянки до VII шийного хребця. Продовжували рух по верхньому краю трапецієподібного м'яза, плеча, плечового сплетіння, а потім над ключицею за ходом лімфатичних судин до пахвових ямок. Проводили погладжування бічної шийної ділянки, а саме вдовж груднино-ключично-соскоподібного м'яза. Потім виконували прямолінійне, колове, обхоплююче розтирання, пересічення, пиляння задньої та бічних шийних ділянок в напрямку до пахвових лімфатичних вузлів, щипцеподібне – груднино-ключично-соскоподібних м'язів з обох сторін. Спіралеподібне розтирання однією рукою потиличної ділянки в місцях прикріплення м'язів. Розминання. поперечне, поздовжнє, м'язів шиї обома руками в напрямку від потилиці до плечей, розминання натискуванням долонним краєм кисті руки та зміщенням низхідної частини трапецієподібного м'яза. При масажі бокової поверхні шиї проводили рухи зверху донизу вздовж груднино-ключично-соскоподібного м'яза до яремної ямки. Використовують погладжування щипцеподібне, розтирання колові

фалангами II - V пальців. Також із прийомів розминання застосовували щипцеподібне, розтягнення, зсування, надавлювання долонними поверхнями пальців рук. Розминання м'язів може проводитися послідовно з кожного боку або одночасно. Вібрацію проводили методом пунктирування, постукування подушечками II - V пальців.

Сегментарно-рефлекторний масаж, виконувався на фоні класичного масажу. Проводили площинне сегментарне прогладжування, яке виконувалось двома руками одночасно, кисті розміщувались паралельно на спині обабіч хребта в напрямку до шийного відділу з переходом на комірцеву ділянку і плече. Прийом «свердління» виконували другим способом: подушечки перших пальців знаходяться по обидві сторони хребта і виконують гвинтоподібні рухи в бік хребта, рухаючись від сегмента до сегмента знизу вгору. Також сегментарно впливали на проміжки між остистими відростками хребців. Кінцеві фаланги II і III пальців обох кистей рук розміщували на хребет так, щоб один остистий відросток знаходився між двома пальцями. Протягом 4 – 6 сек. виконували дрібні колові рухи, які направлені в протилежні сторони, як вище, так і нижче остистого відростка. Кожний прийом сегментарно-рефлекторного масажу повторювали 6-7 разів. Потім діяли на проміжки між остистими відростками шийних і верхньогрудних спинномозкових сегментів, затримуючись на кожному остистому відростку не більше 4 - 6 с C₃₋₇; D₁₋₈. Тривалість масажу 20 - 25 хвилин. На курс 15 процедур.

Внаслідок проведеного курсу масажу покращувалась мікроциркуляція крові масованої ділянки, посилювалась циркуляція венозної крові, а також нормалізувався відтік лімфи, тим самим покращуючи живлення міжхребцевих хрящів і м'язів шийного відділу хребта, спини, що сприяло відновленню амортизації дисків. Також зміцнювався тонус м'язів, стабілізувалась центральна нервова система і поліпшився загальний стан організму.

В результаті проведеного курсу масажу відзначалось покращення клінічних проявів захворювання. Болі в шийному відділі хребта після проведення реабілітаційних заходів відзначали 30% пацієнтів, обмеження рухливості в шийному відділі хребта відзначали 20,0% пацієнтів. Головні болі

не відзначали, відчуття гіперестезії комірцевої ділянки після курсу масажу відзначали лише 13,3% пацієнтів.

Після проведення курсу реабілітаційних заходів відзначалась позитивна динаміка відчуття болю (табл. 2.). Показники відчуття болю у молодих осіб з остеохондрозом шийного відділу хребта вірогідно знизились. Середні показники ступеню болю були такими: в ділянці шиї середні показники відчуття болю знизились з 6,93 балів до 3,30 балів; в ділянці плеча – з 6,4 до 2,80 балів; в ділянці лопатки – відповідно з 5,30 до 1,90 балів, що свідчить про ефективність запропонованої методики лікувального масажу.

Таблиця 2.

**Оцінка відчуття болю після проведеного комплексу
лікувального масажу**

№ з/п	Вік пацієнта	Шия		Плече		Лопатка	
		До	Після	До	Після	До	Після
1	24	7	3	5	2	4	1
2	25	8	2	6	2	4	1
3	25	6	4	7	3	5	3
4	27	9	5	6	4	7	3
5	26	8	5	8	4	8	3
6	24	6	3	6	2	4	2
7	28	8	4	7	3	6	2
8	25	5	2	6	2	4	1
9	28	8	4	6	4	7	1
10	23	7	3	7	2	5	2
x	25,5	6,93	3,30	6,4	2,80	5,3	1,90

Відзначилась позитивна динаміка рухливості хребта у шийному відділі. Повторно проведений модифікований тест Шобера показав, що відстань від горбка потиличної кістки до остистого відростка VII-го шийного хребця у обстежених пацієнтів з остеохондрозом шийного відділу хребта збільшилась з $5,67 \pm 1,02$ см до $7,98 \pm 1,05$ см, при розгинанні з $2,07 \pm 0,64$ см до $3,14 \pm 0,31$ см, що свідчить про ефективність курсу лікувального масажу.

Висновки.

1. Проведені дослідження окремих клінічних показників і функціонального стану хребта показали, що у хворих з остеохондрозом

шийного відділу хребта найбільш характерними є виражені болі та зниження амплітуди рухів в шийному відділі хребта. У більшості обстежених молодих осіб відзначаються висока ступінь болю в шийному відділі з іррадіацією в лопатку, плече.

2. Під впливом курсу лікувального масажу відзначено позитивну динаміку клінічних даних, показників амплітуди рухів в шийному відділі хребта. Показники ступеню болю в ділянці шиї знизились з 6,93 балів до 3,30 балів і оцінюється як помірний. Відстань від горбка потиличної кістки до остистого відростка VII-го шийного хребця при згинанні збільшилась на 2,31 см., нахил голови назад покращились на 1,07 см.

Перспективи подальших досліджень У подальшому передбачається дослідження віддалених результатів, а саме тривалості ремісії після проведеного комплексу лікувального масажу.

Література.

1. Боренштейн Д.Г., Визель С.В., Боден С.Д. Боли в шейном отделе позвоночника. Диагностика и комплексное лечение: Пер. с англ. / М.: Медицина, 2005. 792 с.

2. Лукьяненко Т.В. Здоровий позвоночник. Рецепты и рекомендации. Харьков: Книжный клуб «Клуб семейного досуга», 2008. – 320с.

3. Суханов А.И. Теория и практика управления физическим состоянием с использованием комплексных физкультурно–оздоровительных коррекций / А.И. Суханов. – СПб. : СПбГТУ, ВИФК, 2001. – 141 с.

4. Філак Я.Ф., Філак Ф.Г. Масаж і нетрадиційний масаж: підручник /Я.Ф.Філак, Ф.Г. Філак – Ужгород: ФОП Сабов А.М., - 2015, - 336 с.

5. Чаплинський В.В., Ковган В.А. Реабілітація хворих травматолого-ортопедичного профілю. –К.: Здоров'я, 1991.-278с.