

КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕННЯ ПОСТАВИ У ЧОЛОВІКІВ 30-40 РОКІВ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК ЗА ДОПОМОГОЮ МАСАЖУ

Альона Мартиненко, Лариса Рубан

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. Одним з основних засобів фізкультурно-спортивної реабілітації для боротьби з м'язовим дисбалансом внаслідок ампутації нижніх кінцівок є масаж. Використання різних масажних технік сприяє підвищенню загального тону організму; нормалізації функціональних можливостей серцево-судинної та дихальної систем; формуванню правильної постави; зміцненню м'язів тулуба, формуванню м'язового корсету.

Ключові слова: ампутації нижніх кінцівок, викривлення хребта, дисбаланс м'язів, масажні техніки

Abstract. One of the main means of physical culture and sports rehabilitation to combat muscle imbalance due to amputation of the lower limbs is massage. The use of various massage techniques helps to increase the general tone of the body; normalization of the functional capabilities of the cardiovascular and respiratory systems; formation of correct posture; strengthening the muscles of the body, forming a muscular corset.

Keywords: amputations of the lower limbs, curvature of the spine, muscle imbalance, massage techniques.

Вступ. З початку повномасштабного вторгнення кількість постраждалих з дефектами кінцівок внаслідок мінно-вибухових поранень, невпинно зростає і проблема з порушенням постави через втрату кінцівки ставатиме більш гостро. Хронічний біль у попереково-крижовому відділі хребта внаслідок ампутації нижніх кінцівок є розповсюдженим явищем. Люди, що втратили кінцівки, скаржаться здебільшого на біль в цій зоні не тільки після значних фізичних навантажень, наприклад, після довготривалих прогулянок, а й після повсякденної активності.

При однобічній ампутації нижньої кінцівки значно порушується статика тіла, центр ваги зміщується в сторону здорової нижньої кінцівки, викликаючи

напруження нервово-м'язового апарату, що необхідне для збереження рівноваги. Наслідком цього є нахил в ту сторону, де немає опори, що, в свою чергу, веде до викривлення хребта у фронтальній площині. Компенсаторно можуть розвиватися сколіотичні викривлення в протилежну сторону у грудному і шийному відділах хребта. Також спостерігається атрофія кукси, що спричинена відсутністю точок дистального прикріплення й перетину судин і нервів [2].

За умови ампутації обох кінцівок відбувається компенсаторне збільшення фізіологічних вигинів хребта для збереження рівноваги. Після ампутації, у зв'язку з порушенням анатомічної цілісності м'язів (відсіканням дистальних точок прикріплення) атрофічними процесами, відбувається поступове ослаблення м'язів кукси й розташованих вище сегментів кінцівки [7].

Дисбаланс м'язів, зміщення центру мас, скривлення поперечного відділу хребта, перекіс тазу з боку ампутації, нерівномірний розподіл маси тіла на нижні кінцівки з часом призводять до розвитку дегенеративно-дистрофічних процесів у суглобах ампутованої й опірної кінцівок, у хребті, а також призводить до порушення рухового стереотипу ходьби. Ускладненнями ампутацій, як правило, бувають захворювання хребта і суглобів нижніх кінцівок, плоскостопість, які супроводжуються болями і заважають пересуванню на протезі [1].

Біль у попереку є поширеним порушенням опорно-рухового апарату, яке вражає від 50% до 80% людей із трансфemorальною і транстибіальною ампутацією [2]. Хоча в деяких дослідженнях зазначено, що люди з трансфemorальною ампутацією відчувають більш виражений біль порівняно з транстибіальною ампутацією [5]. Біль у спині як вторинна інвалідність у осіб з ампутаціями нижніх кінцівок. Незалежно від рівнів ампутації, біль у попереку, як повідомляється, «більш набридливий», ніж фантомний або залишковий біль у кінцівках у людей з трансфemorальною ампутацією та транстибіальною ампутацією. Вважається, що причиною болю є результат міофасціальних змін після ампутації та зміненої моделі ходи, внаслідок протезування [2, 6]

Мета дослідження. Дослідити вплив масажних методик та прийомів на больовий синдром чоловіків 30-40 років з ампутаціями нижніх кінцівок.

Хід дослідження та обговорення результатів. Дослідження було проведено на базі ДНП «Центр комплексної реабілітації «Галичина». Під нашим спостереженням знаходилося 30 людей: 10 з транстібіальною, 10 з трансфеморальною та 10 з подвійною ампутацією нижніх кінцівок.

Ефективність впливу оцінювалася за допомогою визначення зниження рівня больового синдрому. Найбільш ефективними тестами для кількісної оцінки сприйняття болю є візуальна аналогова шкала (ВАШ), вербальна оціночна шкала і процентна шкала [5]. Візуальна аналогова шкала являє собою відрізок прямої лінії довжиною 100 мм, початкова точка якого відповідає відсутності болю, а кінцева - нестерпним больовим відчуттям. (рис.1)



Рис.1. Візуальна аналогова шкала болю

Вербальна оціночна шкала містить ряд слів, що описують силу болю: біль відсутній; слабкий; помірний; сильний; найсильніший

Оцінкою сили болю є порядковий номер обраного визначення. Оцінка динаміки больових відчуттів за допомогою процентної шкали проводиться наступним чином: хворого просять прийняти інтенсивність його початкового болю за 100% і вказати, на скільки відсотків зменшився біль до кінця лікування. Оцінка ефективності медичної реабілітації передбачає визначення не тільки динаміки морфо-функціонального дефекту (клінічних синдромів), а й функціональних можливостей хворого в його повсякденному житті [3].

На думку науковців та спеціалістів з Укр НДІ протезування, ортезування та відновлення працездатності, велике значення має рання підготовка витривалості і опороспроможності кукси за допомогою масажу. Через два

тижні після ампутації, до моменту отримання протезу, проводять щоденний масаж і спеціальний комплекс кінезотерапії. Після ампутації нижніх кінцівок хворий тривалий час перебуває в нерухомому стані, що веде до ослаблення м'язового тону, тож масаж в цей час украй необхідний.

Масаж, будучи одним із засобів активної корекції постави при дефектах кінцівок, усуває викривлення хребта за рахунок стимуляції розтягнутих м'язів на стороні опуклості і розтягування скорочених м'язів на увігнутій стороні деформації хребта [3, 4, 6].

Проводили масаж за комбінованою методикою, у якій поєднали прийоми з класичного масажу, сегментарно-рефлекторного, а також лімфодренажного масажу.

Метою процедури було покращення крово- та лімфообігу, трофічних і регенеративних процесів; підтримання рухливості хребта й загальної працездатності, зниження тону напружених м'язів і збільшення скоротливої здатності ослаблених. За основу використовували методику масажу як при проявах остеохондрозу попереково-крижового відділу хребта [4].

Вихідне положення : лежачи на животі, руки вздовж тіла, голова повернута в бік збереженої кінцівки (виключення подвійна ампутація). При збільшеному лордозі поперекового відділу хребта, який частіше буває при подвійній ампутації нижніх кінцівок, під живіт покласти подушку.

В основній частині починали масаж поверхні спини з комбінованих прийомів погладження починаючи від криження та гребнів клубових кісток у напрямку до плечового відділу, після кожного наступного прийому повторювали погладження. У тому ж напрямку проводять прийоми вижимання основою або ребром долоні. Застосовували прийом «пилка» ребрами долонь, спрямованого на розтирання фасції спини попереково-крижової ділянки. Розминання м'язів цієї зони проводили поступово поглиблюючись, починаючи з розминання основою долоні до глибокого та більш локального розминання подушечками чотирьох пальців, поперемінно з погладженням. На м'язових ділянках прихребтових зон з гіпертонусом та

ущільненнями обмінного походження, більш ретельно проводили розминання подушечкою великого пальця попеременно з погладженням. Коловими або спіралеподібними рухами подушечками пальців проводили розтирання сухожилля м'язів спини попереково-крижового відділу: у зоні крижів, клубово-крижових суглобів та гребнів клубових кісток, попеременно з погладженням.

У спеціальній частині ставили акцент на глибокі кругові розтирання кінчиками пальців в місцях основи остистих відростків поперекового відділу хребта.

У заключній частині масажної процедури здебільшого використовували прийоми на розслаблення м'язів, що знаходяться в гіпертонусі: безперервне погладження та безперервна вібрація. Курс масажу 15 процедур.

До та після проведення сеансу масажу проводили оцінку болю за шкалою Ваш (табл. 1).

Таблиця 1

Динаміка показника за візуальною аналоговою шкалою болю пацієнтів після ампутації

Кількість пацієнтів	ВАШ (бал) до	ВАШ (бал) після
9	5	4
15	4	3
6	4	2

Дискусія/Висновки. Пасенко М.В., Глиняна О.О. (2018) після проведеного дослідження прийшли до висновку, що призначення кінезіотерапії у сполученні з масажем значно знижує больові відчуття у пацієнтів, як при активних рухах, так і в стані спокою. Результати нашої роботи підтверджують думку авторів.

Таким чином, застосування комбінованої методики масажу знижує больовий синдром і покращує якість життя пацієнтів після ампутації нижніх кінцівок.

Перспектива подальших досліджень. Вивчення впливу ручного лімфодренажного масажу у комплексі з апаратними методами та впровадження нових методик на стан постави при ампутаціях нижніх кінцівок.

Література

1. Адаптивне фізичне виховання : навч. посібник. Уклад.: Осадченко Т.М., Семенов А.А., Ткаченко В.Т. Умань : ВПЦ «Візаві». 2014. 210 с.
2. Герасименко О. С. Обстеження осіб першого зрілого віку після ампутації нижньої кінцівки на рівні гомілки. *Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання, спорту і здоров'я людини заг. ред. Євгена Приступи.* 2010. Вип. 14, т. 3.
3. Єфіменко П.Б. Техніка та методика класичного масажу. Харків «ОВС». 2007. 216 с.
4. Кирилюк В.В., Сітовський А.М. Лікувальний масаж при захворюваннях та травмах опорно-рухового апарату: методичні рекомендації. Луцьк, 2022. – 45с.
5. Пасенко М.В., Глиняна О.О. Методика фізичної реабілітації осіб після ампутації нижньої кінцівки на рівні гомілки : *Науковий журнал “Молодий вчений.* 2018. №2 (54).
6. Салєєва А.Д., Аврунін О.Г., Чернишова І.М. та інш. Основи комплексної реабілітації пацієнтів з патологіями опорно-рухового апарату: Навч. посібник. Харків: ХНУРЕ. 2023. 329 с.
7. <https://physrehab.org.ua/uk/resource/practice/clinical-tools/>.

Referenses

1. Adaptive physical education: education. manual. Compiler: Osadchenko T.M., Semenov A.A., Tkachenko V.T. Uman: VOC "Vizavi". 2014. 210 p. [Ukrainian]
2. Gerasimenko O. S. Examination of persons of the first mature age after amputation of the lower limb at the level of the lower leg. Young sports science of Ukraine: coll. of science from the field of physics education, sports and human health in general. ed. Yevgena Prystupy. 2010. Issue 14, vol. 3. [Ukrainian]

3. Iefimenko P.B. ,Technique and technique of classical massage. Kharkiv "OVS". 2007. 216 p. [Ukrainian]
4. Kirilyuk V.V., Sitovskyi A.M. Therapeutic massage for diseases and injuries of the musculoskeletal system: methodical recommendations. Lutsk, 2022. - 45 p. [Ukrainian]
5. Pasenko M.V., Glynyana O.O. Methods of physical rehabilitation of persons after amputation of the lower limb at the level of the lower leg: Scientific journal "Young Scientist. 2018. No. 2 (54). [Ukrainian]
6. Saleeva A.D., Avrunin O.G., Chernyshova I.M. and others Basics of comprehensive rehabilitation of patients with pathologies of the musculoskeletal system: Training. Manual. Kharkiv: Khnure. 2023. 329 p. [Ukrainian]
7. <https://physrehab.org.ua/uk/resource/practice/clinical-tools/>.

Відомості про авторів

Мартиненко Альона Ігорівна: магістрант; Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Рубан Лариса Анатоліївна: кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент; Харківська державна академія фізичної культури, Україна.