

ХІІ МІЖНАРОДНА
НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ

АКТУАЛЬНІ
ПИТАННЯ
СУЧАСНОГО
МАСАЖУ

23-24 квітня 2021



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОГО МАСАЖУ

2021

**ХАРКІВСЬКА ДЕРЖАВНА АКАДЕМІЯ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ім. В.Н. КАРАЗІНА
РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ЦЕНТР «REFIT»
ТОВ «МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР ДОКТОРА БУБНОВСЬКОГО С.М.»
МЕДИЧНИЙ ОЗДОРОВЧИЙ ЦЕНТР «FORTIS»**

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОГО МАСАЖУ

ХІІ міжнародна науково-практична інтернет-конференція

23 – 24 квітня 2021 р.

Збірник статей

Харків – 2021

УДК 61.8(08)
А 43

Актуальні питання сучасного масажу // Збірник статей XII міжнародної науково-практичної інтернет-конференції, 23-24 квітня 2021 р., ХДАФК, 2021. – 94 с.

(Укр., англ.)

Головний редактор - Єфіменко П.Б. – кандидат педагогічних наук, професор, кафедра фізичної терапії ХДАФК;

Редакційна колегія:

Ажиппо О.Ю. - доктор педагогічних наук, професор, ректор ХДАФК;

Пустовойт Б.А. - доктор медичних наук, професор, зав. кафедрою фізичної терапії ХДАФК;

Істомін А.Г. – лауреат Державної премії України в галузі науки та техніки, доктор медичних наук, професор, В.о. завідувача кафедри спортивної, фізичної та реабілітаційної медицини, фізичної терапії, ерготерапії ХНМУ

Каніщева О.П. - кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент, кафедра фізичної терапії ХДАФК, відповідальний секретар.

Конференцію зареєстровано Державною науковою установою
«Український інститут науково-технічної інформації».
Посвідчення № 509 від 07 жовтня 2020 р.

У збірнику представлено статті з актуальних питань сучасного масажу, що застосовується у галузі оздоровлення, фізичної реабілітації та спорту. Матеріали збірника представляють теоретичний і практичний інтерес науковим працівникам, магістрантам, студентам, а також фахівцям з масажу, фізичної терапії, тренерам з видів спорту, для використання масажу в своїй професійній роботі.

© Харківська державна академія
фізичної культури, 2021

МІОФАСЦІАЛЬНИЙ РЕЛІЗ ЯК ЗАСІБ ВТРУЧАННЯ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ВЕРТЕБРОГЕННОМУ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОМУ БОЛЮ

Без'язична О.В.¹, Мансиров Асіф Баглар огли², Гребеник В.Д.³

¹Харківська державна академія фізичної культури, Україна

²Харківський національний медичний університет, Азербайджан

³Медичний центр фізичної реабілітації та спортивної медицини «Кінезіо»,
Харків, Україна

Анотація. У статті наведені результати дослідження ефективності застосування міофасціального релізу під час реабілітаційного втручання при хронічному вертеброгенному попереково-крижовому болю. На основі клініко-функціональних показників доведено, що застосування міофасціального релізу як складової втручання надає більш ефективний вплив на інтенсивність та тривалість больових відчуттів та якість життя даного контингенту осіб.

Ключові слова: вертеброгенний попереково-крижовий біль, міофасціальний реліз.

Abstract. The article presents the results of a study of the effectiveness of myofascial release during rehabilitation intervention in chronic vertebrogenic lumbosacral pain. Based on clinical and functional indicators, it is proved that the use of myofascial release as a component of the intervention has a more effective effect on the intensity and duration of pain and quality of life of this group of people.

Keywords: vertebrogenic lumbosacral pain, myofascial release.

Вступ. В Україні за даними ВООЗ, захворювання хребта займають четверте місце після захворювань серцево-судинної системи, онкологічної патології і цукрового діабету [1,3]. У той же час дорасалгії займають друге місце за частотою звернень до лікаря після гострих респіраторних захворювань – близько 90% населення планети страждає від болю в спині (Оленін В.А. и соавт., 2012; Катеринчук І.П. зі співавт., 2013). Відомо, що біль м'язово-скелетного походження являється однією з провідних причин інвалідності у

осіб віком до 45 років [6,7]. Отже, це говорить про велике медико-соціальне значення та актуальність проблеми.

Мета дослідження – дослідження ефективності застосування міофасціального релізу під час реабілітаційного втручання при хронічному вертеброгенному попереково-крижовому болю.

Завдання дослідження.

1. Розробити алгоритм реабілітаційного втручання для чоловіків молодого віку з хронічним вертеброгенним попереково-крижовим болем з використанням міофасціального релізу.

2. Оцінити ефективність застосування міофасціального релізу як складової реабілітаційного втручання для даної категорії осіб.

Методи дослідження: загальнонаукові, клініко-інструментальні, педагогічні, реабілітаційне обстеження, статистична обробка отриманих результатів.

Хід дослідження та обговорення результатів. Дослідження базується на результатах обстеження 15 чоловіків з хронічним вертеброгенним попереково-крижовим болем, які були за методикою випадкових чисел розділені на 2 групи – контрольну (КГ) - 7 осіб та основну (ОГ) – 8. Середній вік в експериментальній групі склав $36,42 \pm 1,36$, а в контрольній – $39,37 \pm 0,86$ роки.

Критеріями включення були: вертеброгенний попереково-крижовий біль з м'язово-тонічними синдромами, м'язовими дисбалансами та наявністю блокованих сегментів поперекового відділу хребта, вік від 30 до 42 років, тривалість болю 3 місяці і більше.

Критеріями виключення були: неврологічна симптоматика ураження попереково-крижових корінців, деформуючий спондильоз з наявністю блоку остеофітів, спонділолітез, нестабільність хребетно-рухового сегменту, остеопороз, хвороба Бехтерева.

Реабілітаційне обстеження функціонального стану опорно-рухового апарату включало оцінку виразності больового синдрому та якості життя.

При первинному дослідженні інтенсивність болю за «Візуально-аналоговою шкалою болю» чоловіки обох груп оцінили як помірну, за ВАШ – $5,32 \pm 0,29$ бали у пацієнтів основної групи і $4,98 \pm 0,25$ бали – контрольної ($p > 0,05$).

При первинному дослідженні оцінка якості життя за опитувальником Oswestry Disability Index в ОГ складала $31,55 \pm 2,17\%$, а в КГ $29,88 \pm 2,03\%$, що відповідає показникам «вище середнього», статистично значущої різниці досліджуваних показників не спостерігалось ($p > 0,05$).

Таким чином, аналіз результатів дослідження больового синдрому та якості життя осіб з вертеброгенним попереково-крижовим болем, дозволив окреслити основний комплекс завдань, які необхідно вирішити у процесі реабілітаційного втручання.

Під час реабілітаційного втручання для чоловіків обох груп застосовувались терапевтичні вправи, спрямовані на нормалізацію тону м'язів, поліпшення кровообігу в ушкоджених хребтно-рухових сегментах (ХРС) та хребті в цілому, зміцнення м'язового корсету, зменшення больового синдрому. Кінезотерапія проводилась за класичною методикою: вправи на розтягування з використанням фітболів, гімнастичної палиці, формування правильної постави, вправи для зміцнення м'язів тулуба та нижніх кінцівок з навантаженням, з протидією, вправи для відновлення рухливості хребта, вправи динамічного характеру з різних вихідних положень, що чергувалися з вправами на розслаблення та дихальними вправами. Тривалість заняття 40-60 хвилин, № 10-12, 3 рази на тиждень.

В основній групі замість одного заняття з кінезотерапії проводилось заняття з міофасціального релізу з прокатом масажним ролом або м'ячем BLACKROOL скелетних м'язів, що знаходились в стані гіпертонусу та/або мали тригерні точки (рис.1).

Міофасціальний реліз (МФР) — це м'який мануальний вплив на фасції з метою усунення патологічного напруження та відновлення функції вміщених у них структур (м'язів, нервів, кровоносних судин). Методика МФР ґрунтується

на уявленні про єдність і цілісність фасціальної системи, що виконує в організмі опорну, розмежувальну та захисну функції, забезпечує незалежне скорочення м'язів, охоплює всі анатомічні утворення на різних ділянках тіла, що обумовлює її інтегративну роль на рівні цілого організму. Будь-які патологічні процеси призводять до зміни механічних властивостей фасцій, що порушує функцію пов'язаних із ними органів і структур [2,6,9].



Рис. 1. Вихідні положення для проведення МФР

Для правильної інтерпретації пальпаторних даних при виявленні ущільнень або рубців застосовують прийом пошарового зсуву пальпованих тканин. У зв'язку з цим існує поняття «бар'єр тканин» — перешкода, що виникає при активному або пасивному русі при вичерпанні його обсягу.

Прийом розтягування тканин використовують для оцінки здатності шкіри розтягуватися в будь-якому напрямку. Діагностичне значення має опір до розтягнення в певному напрямі. Способи проведення прийому: розтягування в протилежних один до одного напрямках; перехресне розтягування; зсув шкіри в одному напрямі до виявлення бар'єру; надалі напрям вектора змінюється;

натискання одним пальцем у глибину тканини при одночасному розтягуванні шкіри в протилежному напрямі.

Принципи технік МФР: точка входу (point of entry); тиск (tension); розтягування (traction); скручування (twisting). Особливості виконання МФР: рух у ритмі тканин самого пацієнта; рух за тканиною; пошарове дослідження тканин; розслаблені руки фізичного терапевта; постійний контакт із тілом; конгруентність рук фізичного терапевта й тіла пацієнта; робота в зонах напруження з контролем зміни якості руху тканини; робота на великих поверхнях; можливість робити акценти на певних векторах триплощинних рухів або окремих елементах опрацьовуваної ділянки.

Техніка і правила проведення МФР у скороченому вигляді [5]: занурення і дихання; прокатування уздовж і поперек м'язових волокон; рух 3D; три ступеня впливу: прокатка в спокійному стані, розтягнення і скорочення м'язів при неперервному тиску на тригерні точки, прокатка в розтягнутому стані; темп дуже повільний; ступінь впливу від 1–10 за шкалою болю (рекомендується працювати на 6–7); впливати на поперек тільки м'яким ролером; за одне групове заняття опрацьовується 6–8 зон; при проблемах з нирками спини краще не «прокатувати»; не можна впливати на сам хребет; виключати прогини в грудному і поперековому відділі; впливати можна тільки на м'язи і фасції. Розкочування (прокатування, викочування) сухожилля і вплив на кістки заборонено; при роботі з м'ячем рухи повинні бути не прямі, а кругові, враховуючи геометричну форму аплікатора.

У відповідь на МФР у пацієнта можливі реакції — загальні (релаксація; відчуття тепла; втома; тремтіння; збільшене сечовипускання; нудота; запаморочення) і місцеві (почервоніння шкіри; м'язові скорочення; підвищення шкірної температури; збільшення обсягу руху тканин) [2].

При повторному дослідженні середньостатистичні значення інтенсивності болю за ВАШ істотно змінились в обох групах та достовірно нижчі в ОГ.

Виразність болю за ВАШ зменшилася в 3,42 рази – в основній групі, тоді як в контрольній – лише в 2,32 рази ($p < 0,05$).

При повторному дослідженні оцінка якості життя за опитувальником Oswestry Disability Index спостерігалось статистично значуще покращення показників у чоловіків ОГ та КГ в порівнянні з первинним дослідженням. Середній показник в ОГ складав $10,15 \pm 1,97\%$, а в КГ $14,33 \pm 1,06\%$ ($p < 0,05$).

Слід зазначити, що у 43% осіб ОГ спостерігались «відмінні показники».

Отже, застосування міофасціального релізу як складової реабілітаційного втручання надає більш ефективний вплив на інтенсивність та тривалість больових відчуттів та якість життя чоловіків молодого віку з хронічним вертеброгенним попереково-крижовим болем.

Висновки. Реабілітаційне втручання для чоловіків основної групи модифікували наступним чином: замість одного заняття з кінезотерапії проводилось заняття з міофасціального релізу з прокатом масажним ролом або м'ячем BLACKROOL.

На основі дослідження показників больових відчуттів та якості життя чоловіків обох груп, ми дійшли висновку, що при повторному дослідженні в основній групі після застосування міофасціального релізу як складової реабілітаційного втручання вони були кращими, що позитивно впливає на зменшення больових відчуттів та якість життя ($p < 0,05$).

Отже, результати дослідження довели ефективність застосування міофасціального релізу як складової реабілітаційного втручання при хронічному вертеброгенному попереково-крижовому болю.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з дослідженням ефективності застосування міофасціального релізу у даної категорії осіб як самостійного домашнього тренування.

Література

1. Без'язична О.В., Мансиров Асіф Баглар огли. Масаж при хронічному вертеброгенному попереково-крижовому болю. Актуальні питання сучасного

масажу: збірник статей XI міжнародної науково-практичної конференції, 24-25 квітня 2020 р., ХДАФК, 2020. С. 3-10.

2. Губенко В.П., Федоров С.М., Ткаліна А.В., Зачатко Т.М. Мануальна терапія в лікуванні та реабілітації хворих із руховими порушеннями. *Международный неврологический журнал*. 2014. №7 (69). С. 94-100.

3. Лазарева О. Фізична реабілітація хворих із вертеброгенною патологією. *Теорія і методика фіз. виховання і спорту*. 2008. №2. С. 74–78.

4. Майерс Томас, Джеймс Эрлз. Фасциальный релиз для структурного баланса. Київ: Форс Україна, 2020.- 320 с.

5. Мартинюк О., Кравченко К. Міофасціальний реліз як групове фітнес-заняття. Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення: матеріали XII Міжнар. наук.-практ. конф., 23–24 квітня 2020 р., Львів, 2020. С. 175-179.

6. Миофасциальный релиз в работе фитнес тренера: рабочая тетрадь. Москва: Академия Фитнеса и танцев «MASTER», 2019. 35 с.

7. Сасько І.А, Без'язична О.В., Манучарян С.В. Фізична терапія чоловіків молодого віку при вертеброгенному попереково-крижовому болю. *Здоров'я, спорт, реабілітація*. 2019. № 5 (4). С. 57-66.

8. Paolucci T., Attanasi C., Cecchini W., Marazzi A., Capobianco S.V., Santilli V. Chronic low back pain and postural rehabilitation exercise: a literature review. *J Pain Res*. 2018. № 12. P. 95–107.

9. <https://www.blackroll.com.ua>

ЛІМФОДРЕНАЖНИЙ МАСАЖ ЗА ЕМІЛЕМ ВОДДЕРОМ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ВЕНОЗНІЙ НЕДОСТАТНОСТІ НИЖНІХ КІНЦІВОК ВНАСЛІДОК ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ

Брелюс Г.М.

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. Виявлено актуальність реабілітаційних заходів хворих на варикозну хворобу. Розглянуто методику лімфодренажного масажу за Е. Воддером при хронічній венозній недостатності нижніх кінцівок внаслідок варикозної хвороби. Доведено ефективність розглянутої методики при даному захворюванні.

Ключові слова: варикозне розширення вен, масаж, стомлюваність, набряки, біль в ногах, методика Е. Воддера.

Abstract. The relevance of rehabilitation measures for patients with varicose veins has been revealed. The method of lymphatic drainage massage according to E. Vodder at chronic venous insufficiency of the lower extremities due to varicose veins is considered. The efficiency of the considered technique at the given disease is proved.

Key words: varicose veins, massage, fatigue, edema, leg pain, E. Vodder's method.

Вступ. Варикозна хвороба (ВХ) – стійке, необоротне розширення і подовження вен нижніх кінцівок в результаті грубої патології венозних стінок внаслідок генетичного дефекту сполучної тканини [3,7,8].

Варикозне розширення вен нижніх кінцівок – поширене захворювання у всіх країнах світу. Б. В. Петровський (1969) зазначає, що хворі з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок становлять 14% хворих хірургічних стаціонарів. За даними Українського симпозиуму з актуальних питань флебології (1999) варикозне розширення вен спостерігається у 15-17% населення країни. М. І. Кузін (1980) зауважує, що варикозним розширенням вен нижніх кінцівок страждає, в середньому, 12-15% населення Європи і США. За

даними багатьох, як вітчизняних, так і зарубіжних авторів розбіжність захворюваності на цю патологію, в залежності від регіонів планети, становить від 10 до 30%.

Слід зазначити, що захворювання частіше зустрічається у осіб молодого, працездатного віку. В основному хворіють жінки. За даними останніх обстежень населення України, проведеним КНДІКЕХ ім. О.О. Шалімова, серед хворих на варикозну хворобу було 72,7% жінок і 27,3% чоловіків, причому 68% становили хворі в віці до 40 років.

Варикозне розширення вен завдяки прогресуючому перебігу є частою причиною важких ускладнень, що знижує працездатність і призводять до інвалідності (48% хворих за О.О.Шалімовим і І.І.Сухарєвим).

Більша частина фахівців флебології розглядають методи лікування та реабілітації ВХ такі як хірургічне втручання та медикаментозна терапія.

Невід'ємною частиною лікування і профілактики варикозної хвороби є фізична терапія. Нажаль тема масажу з його лімфодренажним ефектом в процесі профілактики та лікування ВХ майже не розглядається, що й обумовило тему даного дослідження

Існують лише одиничні рекомендації із застосуванням певних методик масажу [4]. Серед яких, на нашу думку, певної уваги заслуговує методика запропонована Емілем Воддером.

Метою нашого спостереження було перевірити ефективність лімфодренажного масажу за методикою Е. Воддера при ВХ як лікувального та профілактичного засобу.

Завданнями дослідження було:

1. Вивчити й узагальнити науково-методичну літературу за даною проблемою.
2. Дослідити і обґрунтувати методику масажу за методикою Е. Воддера при хронічній венозній недостатності нижніх кінцівок внаслідок варикозної хвороби.

Методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури,

опитування, фізикальне обстеження.

Результати дослідження та їх обговорення. Варикозна хвороба – стійке, необоротне розширення і подовження вен нижніх кінцівок в результаті грубої патології венних стінок внаслідок генетичного дефекту сполучної тканини [1,6,7]. Первинний варикоз поверхневих вен часто супроводжується їх клапанною недостатністю. Окремі судини є частиною єдиної венної мережі. При зниженні компенсаторних можливостей всієї системи поступово формується порочне коло з рефлюксом крові по поверхневих, перфорантних та глибоких венах; розвитком венної гіпертензії та ХВН. Згідно клінічної класифікації за системою CEAP, виділяють 6 ступенів тяжкості синдрому ХВН, які відображені у таблиці 1.

Таблиця 1.

Клінічна класифікація тяжкості синдрому ХВН за системою CEAP

Ступінь	Об'єктивні симптоми
0	Відсутність симптомів захворювання вен при огляді та пальпації
1	Наявність варикозних вен *
2	Набряк
3	Зміни шкіри внаслідок венного стазу (пігментація, венна екзема, ліподерматосклероз)
4	Наявність шкірних змін зазначених вище і загосної венної виразки
5	Наявність шкірних змін, зазначених вище і активної венної виразки
* Можуть бути ідіопатичними без ХВН.	

Враховуючи поширеність та актуальність проблеми, для здійснення нашого дослідження було сформовано групу спостереження з 18 жінок, віком 35-40 років, бажаючих приймати участь у дослідженні. Більшість з них були запрошені через соціальні мережі та особисті контакти.

Спостереження проводились поточним методом. Тобто контрольної групи не існувало. Враховувалась тільки динаміка показників стану її учасників.

Усі учасники дослідження наприкінці робочого дня мали приблизно однакові симптоми: відчуття важкості і розпирання в ногах, судоми, наявність судинних «зірочок»-телеангіоектазій, стомлюваність, поганий сон.

Візуально визначались набряки, почервоніння шкіри в зоні

гомілковостопного суглоба, місцеве підвищення температури.

Учасникам було проведено попереднє дослідження:

- 1) опитування суб'єктивного самопочуття;
- 2) фізікальне обстеження.

Після цього пацієнти пройшли курс масажу за методикою Е. Воддера.

Принцип побудови масажного сеансу при хронічній венозній недостатності: відсмоктуюча методика.

Головна мета масажу – поліпшення дренажу венозної крові. Вторинні ефекти масажу – зменшення набряків, зняття запалення, стимуляція трофічних процесів в тканинах.

Прийоми погладжування і вижимання, що проводились уздовж ходу венозних і лімфатичних судин у напрямку до регіональних лімфовузлів, сприяють просуванню крові і лімфи з капілярів у вищерозміщені відділи судинного русла і створення в них негативного тиску, «присмоктування» рідини з нижчих відділів.

Якщо виконувати ці прийоми на нижніх кінцівки в послідовності: стегно, гомілка, стопа, то відсмоктуючий ефект буде максимальним. Такий протокол виконання масажу на кінцівках називається відсмоктуючою методикою.

Крім того, якщо в зоні, яка масажується, є патологічний осередок, наприклад – трофічна виразка, то виконання погладжування і вижимання в ділянці, розташованої проксимальніше так само буде сприяти дренажу крові і лімфи від патологічного вогнища [2,9].

Масаж по Е. Воддеру проводиться з метою стимуляції відтоку лімфи від масажованих тканин за ходом лімфатичних судин і є варіантом циркуляторного масажу, виконуваного не тільки по ходу магістральних лімфатичних судин, а й по всій площині капілярної мережі. Оскільки лімфокапіляри і судини дублюють хід венозних судин, то лімфодренаж також стимулює відтік венозної крові до серця і показаний при ХВН нижніх кінцівок. Оскільки при лімфодренажі використовуються більш м'які і повільні прийоми, то він надає щадну дію на уражені венозні і лімфатичні судини.

Дана методика масажу вміщує дуже легкі і короткі (довжина 2-2,5 см) рухи. Значний тиск пальців сприяє рефлюксу і травмує лімфокапіляри. Довжина поглажуючих рухів 2-2,5 см сприяє просуванню рідини на ділянці лімфосудини між двома клапанами. Рухи виконуються в 3 фази без відриву пальців від шкіри, кінчиками випрямлених 2-5 пальців, з яких легкий тиск виконується тільки 2 і 3 пальцями. Перша фаза - м'який поштовховий рух з розтягуванням шкіри у напрямку до лімфатичному вузла. Друга фаза - рух з розтягуванням шкіри в сторону від лімфатичного вузла. Третя фаза - пасивне повернення до початкової точки без тиску і розтягування шкіри.

Два перших рухи при виконанні прийому сприяють повному розкриттю лімфатичного капіляра або лімфосудини, а останнє - їх закриття. В цілому рух має трикутний малюнок, але зовні виглядає, як коло. Виконується однією, або двома руками на лімфовузлах і лімфо судинах (Рис 1 А-Б).

Для того, щоб відповідати фізіологічній швидкості руху лімфи прийом виконується повільно (3-5 секунд на кожен цикл), з трикратним повторенням в одній точці і з паузою в 1 секунду.

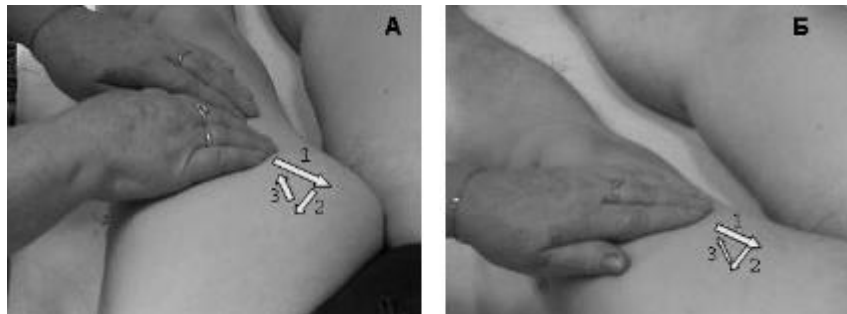


Рис. 1. А. Виконання прийому двома руками одночасно. Б. Виконання прийому однією рукою переднім ходом. Стрілками показано напрям руху, а цифрами – фази руху.

Нижче наводиться скорочений протокол виконання лімфодренажу по Е. Воддеру в ключових зонах: стегні і гомілці. При поширенні набряків на стопі необхідно впливати також на цю зону [10,11,12].

Масаж стегна. Опрацьовують верхні, середні нижні пахові лімфовузлів. Прийоми виконувати повільно, 8-10 разів.

Масаж медіальної поверхні стегна над м'язами аддукторами, проводять

досередини від проекції великої підшкірної вени. Рухи виконують в косо-висхідному напрямку від задньої кісткової лінії у верхнього кута підколінної ямки до пахових лімфовузлів, розташованих з середини від стегнових судин.

На задньо-латеральній поверхні стегна використовується «совкова» техніка. Рухи виконуються в косо-висхідному напрямку від задньої кісткової лінії в напрямку верхніх пахових лімфовузлів, розташованих назовні від стегнових судин. Одноійменною рукою масажуючого використовується, якщо він стоїть обличчям до пацієнта і протилежна – якщо масажуючий стоїть спиною до пацієнта, нога якого зігнута в колінному суглобі (Рис. 2).

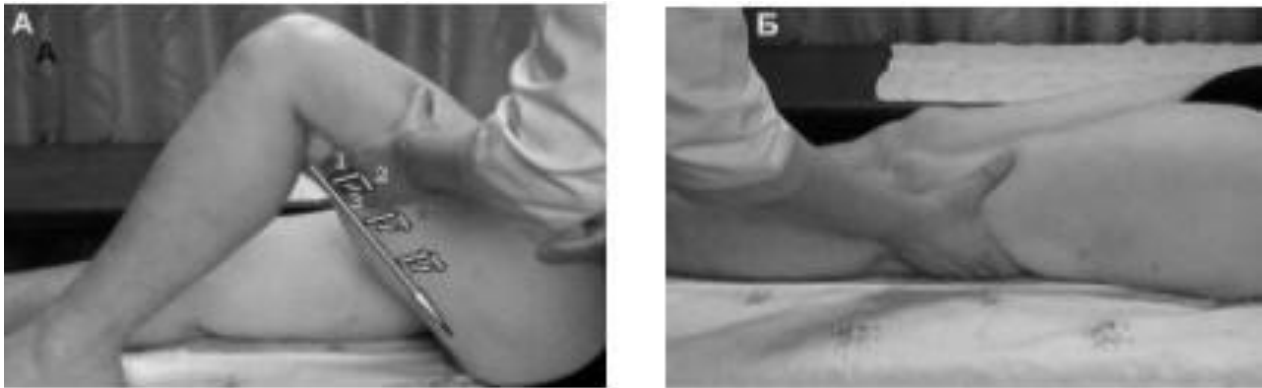


Рис. 2. Совкова техніка на задньо-латеральній поверхні стегна. Стрілками вказано напрямки рухів, а цифрами - фази руху. А. Совкова техніка, виконується одноійменною рукою масаж на зігнутій в коліні ближньої нозі пацієнта. Б. Совкова техніка протилежною рукою, виконана на випрямленій нозі пацієнта.

Масаж гомілки. Перша фаза руху спрямована краніально, до глибоких підколінних вузлів, друга – за напрямом «до себе», третя – пасивне повернення до вихідної точки. Масаж виконується повільно, повторюючи прийом 8-10 разів.

Для масажу передньої поверхні гомілки використовується відсмоктуюча техніка. На задній поверхні гомілки, в положенні пацієнта на спині з зігнутою в колінному суглобі ногою, рука масажуючого рухаються від ахіллової зони до підколінної ямки. Використовується техніка «совка» одноійменною рукою, підведеною з внутрішньої сторони гомілки до її задньої поверхні.

Лімфодренажний масаж за Е.Воддером показаний при наявності

флебостатичних набряків при всіх формах ВХ без ускладнень і веногенної лімфодемії. При відсутності набряків масаж може виконуватися пацієнтам з ВХ як розширений варіант циркуляторного масажу з лікувальною і профілактичною метою. Цю техніку можна використовувати локально для щадного масажу ділянок ураження шкіри: гіперпігментації, екземі без явищ ексудації.

Абсолютним протипоказанням до виконання лімфодренажу є наявність поверхневого тромбофлебиту в гострій стадії. Масаж при ХВН з вторинним варикозним розширенням підшкірних вен у пацієнтів з ПТБ проводити небезпечно через можливість відриву тромбу і тромбоемболії легеневої артерії.

Відносні протипоказання – варикозна екзема з явищами ексудації, трофічна виразка. В цьому випадку прийоми лімфодренажу можна почати проксимальніше рівня ураження.

Прийоми масажу за Е. Воддером можуть поєднуватися з класичним, циркуляторним, сегментарним, лімфодренажним масажем в одному сеансі, доповнюючи їх ефект.

В процесі дослідження курс масажу складав 10 сеансів кожного дня по 45 хвилин. В цей час пацієнтки не приймали інших процедур, або медикаментозного лікування. Результати дослідження показано в таблиці 1.

Таблиця 1.

Характеристика скарг хворих на початку та наприкінці спостереження

Скарги	На початку дослідження (кількість осіб)	Після закінчення дослідження (кількість осіб)
Набряк ніг увечері, після трудового дня	18	2
Набряк постійний в зоні стоп та гомілково-стопного суглобу	8	1
Відчуття розпирання, важкості	15	3
Почервоніння шкіри в області гомілково-стопного суглобу та/або нижній третині гомілки	9	2
Підвищення температури у місці почервоніння та/або набряку	9	-
Підвищена стомлюваність	18	1
Дратівливість	7	-

Крім цього, при повторному опитуванні усіх респондентів було відмічено покращення загального стану наприкінці робочого дня, значне покращення сну, покращення якості життя.

Висновки:

1. Застосування масажу за методикою Е. Воддера виявило, що отримані зміни у стані хворих на варикозну хворобу вен значно покращує крово- та лімфообіг, усуває наявні набряки та запобігає утворенню набряків нижніх кінцівок, покращує трофіку уражених тканин, стимулює відновлення венозного кровообігу, сприяє загоєнню ран.

2. Запропонована методика не тільки знімає відчуття втомленості в ногах, але й суттєво покращує якість життя, підвищує працездатність, покращує настрій, позбавляє роздратованості, яка виникала як наслідок важкості в ногах та поганого самопочуття.

3. Результати проведеного дослідження вказують на те, що масаж за методикою Е. Воддера при хронічній венозній недостатності нижніх кінцівок внаслідок варикозної хвороби є ефективним й може бути рекомендований до втілення до широкого застосування.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з подальшим вивченням та втіленням програм з реабілітації хворих на хронічну венозну недостатність нижніх кінцівок внаслідок варикозної хвороби засобами масажу.

Література

1. Белая Н.А. Руководство по лечебному массажу. Москва. 1982. – 287с.
2. Варикозная болезнь нижних конечностей. Клиника, диагностика, лечение: Методические рекомендации для студентов старших курсов. Под ред. М. И. Филимонова. – Москва, 2001. – 24с.
3. Глезер О. Далихо В. А. Сегментарный массаж. Москва 1990. – 123с.
4. Єфіменко П.Б., Каніщева О.П., Без'язична О.В. Масаж дітей та дорослих різного віку : навчальний посібник. Харків: ФОП Бровін О.В., 2021. 304 с.
5. Покровский А. В. Клиническая ангиология. Москва, 1979. – 540с.

6. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: в 2 т. – Т. № 2, – Москва, 2005. – 601 с.
7. Chikly B. J. Silent Waves – Theory and Practice of Lymph Drainage Therapy. Scottsdale, 2001. – 576p.
8. Kasseroller R. Compendium of Dr. Vodder's Manual Lymph Drainage. New York: 1998. – 208 p.
9. Rattray F. Ludwig L..Clinical Massage Therapy: Understanding Assessing and Treating over 70 Conditions. Toronto: 2000. – 1178 p.
10. Wittlinger H. Wittlinger G..Textbook of Dr. Vodder's Manual Lymph Drainage. Vol. 1. – 7th. Ed. – New York: 2004. – 124 p.
11. <https://www.litmir.me/br/?b=570058&p=15>
12. <http://www.medlinks.ru/sections.php?op=listarticles&secid=87>

МОНІТОРИНГ МЕТОДИЧНИХ ПІДХОДІВ ДО МАСАЖУ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ХРЕБТА РІЗНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ.

Єфіменко П.Б., Каніщева О.П.

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. Виявлено, що остеохондроз хребта людини займає одну з розповсюджених позицій серед хронічних патологій організму людей. Визначено, що масаж є невід’ємною складовою фізичної терапії в процесі реабілітації хворих на це захворювання. Проаналізовано методичний підхід найбільш відомих фахівців з масажу в цьому напрямі. Вказано на методичні розбіжності існуючих рекомендацій. Рекомендовано дотримуватись Індивідуального підходу до проведення масажу при остеохондрозі хребта.

Ключові слова: остеохондроз хребта, методики масажу, індивідуальний підхід, масажні прийоми, послідовність процедури.

Abstract. It was found that osteochondrosis of the human spine occupies one of the most common positions among chronic pathologies of the human body. It has been determined that massage is an integral part of physical therapy in the process of rehabilitation of patients with this disease. The methodical approach of the most famous specialists in this direction is analyzed. The methodological differences of the existing recommendations are pointed out. It is recommended to follow an individual approach to massage for osteochondrosis of the spine.

Key words: osteochondrosis of the spine, massage techniques, individual approach, massage techniques, sequence of the procedure. Methodical approaches to massage in osteochondrosis of the spine of different localization

Вступ. Остеохондроз хребта на сьогоднішній час вважається одним з патологічних станів здоров'я сучасної людини. За узагальненими статистичними даними різних фахівців, він уражує біля 80% населення України [11]. Поступово це захворювання залучає до патологічного процесу різні органи і системи організму людини. Це може бути і периферична нервова система (ПНС), коли виникають невралгії та неврити різних периферичних нервів. Часто зустрічаються вісцеральні функціональні порушення, пов'язані з послабленням іннервації внутрішніх органів спинномозковими сегментами, що локалізуються в уражених тканинах паравертебральних зон. Не рідко остеохондроз шийного відділу хребта стає причиною гіпертонії [1,2,4].

У практичній роботі фахівців з фізичної терапії і конкретно з масажу, нерідко зустрічаються хворі у яких після певної роботи в зоні хребетно-рухових сегментів нижньої частини грудного відділу хребта, язва шлунку переходила до стану стійкої ремісії. Або після масажу попереково-крижового відділу хребта стихали патологічні процеси органів малого тазу. І таких випадків у практичній роботі трапляється достатньо багато [3,8].

У спеціальній літературі існує багато рекомендацій стосовно методики проведення процедури масажу при ураженнях різних відділів хребетного стовпа. Деякі методики за тривалістю процедури займають не значний час. Але тут виникає питання стосовно їх ефективності. Деякі методики масажу

вимагають достатньо часу. В цьому випадку виникає питання існуючих норм затрат часу на проведення сеансу масажу певної частини тіла, які обмежують можливості цієї процедури.

Метою нашої роботи було вивчити і обґрунтувати призначення лікувального масажу хворим на остеохондроз хребта різних його відділів.

Для досягнення поставленої мети вирішувались такі **завдання**:

- провести аналіз літературних джерел з проблеми лікувального масажу хворим на остеохондроз різних відділів хребта;
- охарактеризувати існуючі методичні підходи до масажної процедури при остеохондрозі різних відділів хребта.

Методи дослідження - аналіз і узагальнення науково-методичної літератури.

Хід дослідження і обговорення результатів. Вивчаючи літературні джерела присвячені проведенню лікувального масажу хворим на остеохондроз різних відділів хребта проглядається одна мета, це усунення больового синдрому і гіпертонусу м'язових тканин. При цьому досягнення даної мети пропонується різними шляхами.

Спочатку розберемо, що таке масаж. Визначень цієї процедури в літературі представлено доволі багатою кількістю фахівців. На нашу думку: «Масаж це механічне подразнення поверхневих тканин людини з метою отримання певної зворотної реакції з боку її організму» [6]. Виходячи з цього на початку процедури масажу визначається певна мета, чого саме ми повинні досягти. І під поставлену мету вже підбираються певні масажні прийоми, локалізація їх проведення і дозування кожного з них. Це і є методика масажу.

Серед методичної літератури найбільш за все представлено методики масажу класичної системи. Ось деякі з них. Так, масаж при остеохондрозі хребта за методикою наданою А.А. Бірюковим (2007 р.), до масажу слід приступати в підгострих стадіях. У окремих випадків починають і раніше, під час загострення хвороби, але тоді на біль в хребті впливають рефлекторно, за рахунок опрацювання здорових ділянок тіла - на грудях, плечах, верхній

частині спини, надпліччях і т.д.). Перші сеанси повинні бути щадними, щоб не викликати зайвої напруги м'язів, що стає причиною додаткових болів.

При шийному остеохондрозі спочатку масажується спина, особливо в зоні лопаток, а потім опрацьовують надпліччя й шию. При попереково-крижовому остеохондрозі масажують спину, стегна і тільки потім поперекову і крижову ділянки. Особливо щільно розтирають крижі та гребені кульшових кісток. Якщо біль іррадіює в кінцівки, то масажують і їх.

На масажованих ділянках проводять прийоми погладження, вижимання, розминання м'язових тканин, розтирання кісткових утворень [1].

За методикою І.В. Дунаєва (2005 р.) при шийному остеохондрозі проводять масаж голови і комірцевої зони, плечового поясу, шийного і верхньогрудного відділів хребта і руки з боку ураження. Масаж проводять у вихідному положенні пацієнта сидячи на стільці. Спочатку масажують задню поверхню тулуба, шию і надпліччя, включаючи зону лопаток, особливо з боку локалізації больових відчуттів. Після цього проводять підготовчий масаж передньо-бокової поверхні шиї і приступають до масажу голови. У тих випадках, коли є розлади у верхній кінцівці, після масажу голови і комірцевої зони переходять до масажу ураженої руки.

При попереково-крижовому остеохондрозі на першому етапі лікування проводять масаж прийомами погладження і легкого розтирання попереково-крижової зони, який сприяє зменшенню болів і м'язового гіпертонусу. При ішіасі і парезі малогомілкових м'язів застосовують вибіркового масаж уражених м'язів і по ходу нерва. На другому етапі лікування перевагу віддають масажу із застосуванням прийомів, що сприяють зміцненню м'язів спини та попереку. До таких прийомів відносяться глибоке розтирання, розминання, постукування. На третьому етапі лікування продовжують масажувати спину і попереково-крижову зону в поєднанні з фізичними вправами. Початкове положення пацієнта стоячи. Масажні прийоми що рекомендуються при проведенні процедури: погладження поверхневі й глибокі, розтирання різної локалізації і напряму рухів, давлючі розминання [4].

На думку В.М. Фокіна проведення масажу починають у підгострій стадії хвороби. При шийному остеохондрозі враховують наявність супутніх захворювань серцево-судинної системи такі як гіпотензія, гіпертензія, порушення кровообігу і т.д. Починають із впливу на паравертебральні зони спинномозкових сегментів: D₆₋₁, C₃₋₇. Масажують послідовно: спину, шию, потилицю. Потім масажують передню поверхню грудної клітки та руки з боку ураження. При двосторонньому патологічному процесі опрацьовують обидві руки. Особливої уваги приділяти масажу локалізації виражених болів.

При попереково-крижовому остеохондрозі цей фахівець рекомендує починати з впливу на паравертебральні зони спинномозкових сегментів: D₁₂₋₄, L₅₋₁, S₃₋₁. Далі масажують спину, зону тазу, вижимання й погладжування на спині. Потім масажують поперекову зону і нижню кінцівку з боку ураження. При двобічному ураженні масажують обидві ноги.

Процедуру проводять масажними прийомами: погладжування, вижимання, розминання, розтирання кісткових утворень [12].

Фахівці з масажу Савченко В.А. і Бірюков А.А. (2011 р.) пропонують авторську методику комплексного, диференційованого підходу до лікування синдромів остеохондрозу хребта за допомогою різних систем лікувального масажу та інших засобів фізичної терапії: класичного масажу, точкового масажу, сегментарно-рефлекторного масажу, тригерної терапії, м'якої мануальної мобілізації у формі пасивних рухів, постізометричної релаксації.

Автори приділяють великого значення проведенню попередньої візуальної, пальпаторної та функціональної діагностики. І вже тільки після цього приймається рішення про комбіноване застосування необхідних, у даному випадку, засобів фізичної терапії [10].

Єфіменко П.Б. (2013 р.) при остеохондрозі хребта рекомендує враховувати те, що хребет людини, це єдина біологічна система, де найкрупніші м'язи спини розташовані вдовж 2 – 3 його відділів і тому масажувати необхідно вдовж усього хребта, приділяючи основної уваги місцям прояву патології. Сама процедура поділяється на основну та спеціальну

частини. Завданням основної частини є усунути зовнішні ознаки остеохондрозу ураженого відділу хребта: м'язовий гіпертонус, ущільнення обмінного походження, больові відчуття і нормалізувати трофіку масажованих тканин. Рекомендуються масажні прийоми: поперемінне погладжування вижимання, поверхневі розтирання сполучних тканин (фасцій), розминання м'язів, розтирання кісткових утворень і сухожилок і їх прикріплення.

Завданням спеціальної частини процедури спрямоване на локальне усунення первинних проявів остеохондрозу хребта: активізувати глибокий капілярний кровообіг, поліпшити трофіку тканин уражених хребетно-рухових сегментів (ХРС) і створити умови для їх регенерації. Нормалізувати рухливість ураженого ХРС. Рекомендується проводити спеціальні маніпуляції у зоні ураження локальними глибокими розтираннями.

Так при грудному остеохондрозі в основній частині масажують спину з попереком і комірцеві зону. В спеціальній частині опрацьовують зону уражених ХРС. При шийному остеохондрозі спочатку масажують грудний відділ і комірцеву зону. Спеціальні маніпуляції проводять на шиї. Автор попереджує, що хворим з гіпотензією в зоці шиї слід бути вкрай обережним і масажувати уникати жорстких прийомів. При попереково-крижовому остеохондрозі хребта в основній частині масажують поперек разом зі шиною. А в спеціальній – тільки поперек [5,6].

Фахівці системи сегментарно-рефлекторного масажу О. Глезер, В.А. Даліхо при остеохондрозі хребта пропонують перед масажем пальпаторно виявити наявність рефлекторних змін в поверхневих тканинах спини: у шкірі, сполучних тканинах, м'язах і окістях. А також виявити наявність максимальних точок (тригерних зон). Далі починають процедуру з масажу паравертебральних зон спино-мозкових сегментів вдовж усього хребта або відповідно локалізації захворювання. Потім послідовно прийомами погладжування усувають зміни у шкірі, розтиранням усувають сполучнотканинні утворення, далі розминанням опрацьовують м'язові зміни і локально розтирають періостити [2,3,8].

При проявленні болю у попереку при остеохондрозі відповідного відділу хребта, проведення масажних рухів локалізується тільки у цій зоні. Масажні прийоми: погладжування, розтирання, розминання [2].

Останнім часом певного розповсюдження отримала методика за системою міофасціального масажу представленого Томасом Маерсом (2020 р.). Це техніка масажу, яка впливає на фасції, що оточують м'язи (оболонки зі сполучної тканини, які утворюють своєрідні футляри для м'язів). При цьому автор враховує певний зв'язок м'язових фасцій розташованих послідовно одна за одною вдовж усього тіла у вигляді ліній з певними альтернативними відгалуженнями.

Особливість методу полягає в тому, що можна домогтися повного розслаблення однієї або групи м'язів, які знаходяться в стані спазму (затиску, напруги). Поверхневі або підшкірні фасції розташовуються під шаром підшкірного, жиру і саме на них впливає масаж. М'язи тіла покриті сполучною тканиною і утворюють велику міофасціальну мережу. Дія міофасціального масажу спрямована на м'язову і нервову системи. Тиск, який чиниться при масажі, орієнтований на фасції м'язів, що робить їх більш гнучкими, живими і сприяє відновленню функцій. Цей масаж особливо впливає на тканинні рідини, мастило м'язів, завдяки чому поліпшується рух крові в організмі. Кровообіг краще працює за рахунок вивільнення частини сполучної тканини (фасції), яка покриває м'язи, і усунення м'язової напруги і застою [9,14].

Арт Ріггс пропонує глибокотканинний масаж - це масажний вплив, спрямований на роботу з глибокими м'язами і сполучнотканинними структурами (фасціями). Ця система масажу показана при хронічному больовому синдромі, обмеженні пасивного і активного обсягів рухів в суглобах кінцівок і хребта, посттравматичних та інших контрактурах, порушеннях постави, фіброміалгії і т.д.

Глибокотканинний масаж, включає в себе базову частину, прийоми міофасціального релізу (розтирання м'язових фасцій, терапію тригерних точок), а також спеціальні прийоми роботи з м'язами і суглобами - повільні і глибокі

натискання в областях напруги і болю, розтирання поперек м'язових волокон [14].

Вибірковий огляд літературних джерел, присвячених реабілітації хворих на остеохондроз хребта таким засобом фізичної терапії як масаж, вказує на відсутність єдиного підходу до вирішення проблеми остеохондрозу хребта. На жаль велика кількість фахівців обмежуються описанням різних систем, видів і засобів масажу і конкретно описують процедуру проведення тільки оздоровчого (гігієнічного) масажу. При цьому великої уваги ними приділяється кількості повторювань окремих масажних прийомів. При цьому не враховується індивідуальний стан організму масажованої людини: збуджена чи загальмована її нервова система. Не враховується також час доби, коли вона масажується: ранок, день або вечір, особливо не задовго до відходу до сну.

У авторів, де все ж таки розкриваються приватні методики масажної процедури при даній патології, надано різну послідовність проведення масажних прийомів, що вказує на відсутність самого принципу послідовного проникнення до масажованих тканин. Тут насамперед слід враховувати анатомічну побудову масажованої ділянки тіла. Наприклад деякі автори пропонують послідовність часткового масажу: погладжування; розтирання; розминання; вібрації [2,4]. Або погладжування вижимання розминання; розтирання [1,10,12]. Серед авторів спеціальних видань з реабілітації хворих на хребетну патологію є ті хто пропонує обійтися двома прийомами: погладжування та розминання [7]

На нашу думку кожен масажний прийом має свою механічну спрямованість: погладжування – шкіра; вижимання – підшкірна жирова клітковина, поверхневі м'язи; поверхнєве розтирання – м'язові фасції, сухожилки; розминання – м'язи; глибокі розтирання: деякі сухожилки, окістя, суглобові сумки. Тоді згідно анатомічної побудови масажованої ділянки тіла кожен масажний прийом буде послідовно проникати до певного шару і цілеспрямовано опрацьовувати необхідні тканини. Тому ми пропонуємо таку послідовність дій: погладжування; вижимання; поверхнєве розтирання;

розминання, глибоке розтирання [5,6].

Стосовно опрацювання ділянок тіла залежно від патології окремих відділів хребта проглядається більша узгодженість авторів, коли додатково пропонується масажувати ще й прилеглі ділянки тіла. При патології шийного відділу - верхні кінцівки та частину грудного відділу хребта розташовану нижче. При патологічному стані попереково-крижового відділу – нижні кінцівки та прилеглу частину грудного відділу. Однак стосовно окремої патології грудного відділу хребта, то розбір методик проводять ще менша кількість авторів.

Виходячи с вищесказаного у фахівців з масажу, які дотримуються різних методик масажу отримуються й різні результати. У одних фахівців результат проведеної процедури більш тривалий і стабільний а у інших термін ефективності більш короткий.

Висновки:

1. Існує багато систем масажу, які не відносяться до класичної системи. Однак практика вказує на їх достатню спроможність та ефективність, хоча й технічно вони виглядають набагато простіше.

2. Ефективність проведеної масажної процедури залежить від багатьох факторів: техніки проведення масажних прийомів, їх послідовність і дозування, локалізація.

3. Починати масажну процедуру слід з виявлення стану масажованої людини й враховуючи особливості впливу кожного масажного прийому спланувати робочу методику процедури.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з проведенням спостережень за ефективністю поєднаного проведення класичної системи масажу зі сполучнотканинною технікою.

Література

1. Бирюков А.А. Лечебный массаж: учебник для студентов высших учебных заведений. Изд. 2-е, стер. Москва: Издательский центр Академия, 2007. 368 с.

2. Васичкин В.И. Всё о массаже. Москва: АСТ; СПб : Полигон, 2006. 303 с.
3. Глезер О., Далихо А. Сегментарный массаж. Москва: Медицина, 1965. 125 с.
4. Дунаев И.В. Основы лечебного массажа (техника и методика). Москва: ИВЦ «Маркетинг»; Новосибирск: ООО «Издательство ЮКЭА», 2000. 480 с.
5. Єфіменко П.Б. Диференційований підхід до масажу хворих на остеохондроз попереково-крижового відділу хребта. *Слобожанський науково-спортивний вісник*. 2013. № 3. С.115-116.
6. Єфіменко П.Б., Каніщева О.П., Без'язична О.В. Масаж дітей та дорослих різного віку : навчальний посібник. Харків: ФОП Бровін О.В., 2021. 304 с.
7. Еремушкин М.А. Классическая техника массажа при травмах и заболеваниях опорно-двигательного массажа. Справочное пособие. СПб.: Наука и техника, 2010. 192 с.
8. Ісаєв Ю.О. Сегментарно-рефлекторний і точковий масаж у клінічній практиці. Київ: Здоров'я, 1993. 320 с.
9. Майерс Томас, Джеймс Эрлз. Фасциальный релиз для структурного баланса. Київ: Форс Україна, 2020.- 320 с.
10. Савченко В.А., Бирюков А.А. Мануальная коррекция синдромом вертеброгенного остеохондроза: монографія. Москва : Физическая культура, 2011. 198 с.
11. Філак Ф.Г., Цюпак Т.В. Реабілітаційний масаж при остеохондрозі хребта з переважним ураженням шийно-грудного відділу у відновлювальний період. *Актуальні проблеми сучасного масажу*. 2016. С. 76 – 81.
12. Фокин В.Н. Полный курс массажа: учебное пособие. Изд. 2-е, испр. и доп. Москва: ФАИР-ПРЕСС, 2006. 512 с.: ил.
13. Art Riggs (2012). Deep Tissue Massage, Revised Edition, Publisher: North Atlantic Books. 254 pp. (in Eng.).

14. Thomas, W. Myers (2014). Anatomy Trains: Myofascial Meridians for Manual and Movement Therapists, Publisher: Churchill Livingstone; 3rd edition. 320 pp. (in Eng.).

РЕЛІФТИНГ МАСАЖ ОБЛИЧЧЯ ТА ШИЇ В ПРОГРАММІ ОМОЛОДЖЕННЯ ЖІНОК СЕРЕДНЬОГО ВІКУ

Жукова Л.Б.

Навчальний центр естетичної медицини

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Україна

Анотація. Прагнення до збереження природної краси обличчя є одним з найчастіших запитів жінок середнього віку. Розроблена методика Реліфтинг масажу обличчя та шиї є вдалою альтернативою ін'єкційним технологіям (мезотерапії, біоревіталізації, контурній пластиці та інші) та хірургічним втручанням.

Ключові слова: реліфтинг масаж, омолодження, краса, обличчя.

Abstract. The desire to preserve the natural beauty of the face is one of the most common requests of middle-aged women. The developed technique Relifting of face and neck massage is a successful alternative to injection technologies (mesotherapy, biorevitalization, contouring, etc.) and to surgical interventions.

Key words: relief lifting massage, rejuvenation, beauty, face.

Вступ. Екологічне неблагополуччя, нервові перевантаження, стреси, неправильне харчування, це постійні супутники життя сучасної людини. Всі вони призводять до передчасного старіння, що особливо проявляється на шкірі та м'язах обличчя [1,2]. Широко рекламовані косметичні засоби у вигляді кремів, масок, ін'єкційних технологій не забезпечують тривалий лікувально-

косметичний ефект, призводять до швидкого звикання та до зниження ефективності від їх використання [3,4].

Тому в пошуках альтернативного методу підтримки та омолодження обличчя жінки була розроблена авторська методика реліфтинг масажу обличчя та шиї. Ця методика складається з чотирьох блоків проведення ручного масажу з використанням прийомів: погладжування, вижимання, розтирання, та розминання

Перший блок масажу – дренажний; другий – ліфтинговий; третій – пероральний; четвертий блок - фіксуєчий.

Метою дослідження стало виявлення впливу реліфтинг масажу на показники шкіри, м'язів обличчя та шиї у жінок середнього віку.

Хід дослідження та обговорення результатів. У дослідженні прийняло участь 14 жінок з деформаційним типом старіння обличчя, 8 з яких них отримали процедури звичайного косметичного масажу обличчя та шиї (І група), 6 - отримали процедури реліфтинг масажу обличчя та шиї (ІІ група). Кількість процедур була однакою в обох групах - десять процедур. Вони проводились через два дні на третій впродовж одного місяця. Середній вік жінок склав 49 років. Час кожної процедури масажу тривав приблизно однаково в обох групах та в середньому склав 50 хвилин.

Головними завданнями процедури масажу було:

- «полегшити» нижню третину обличчя;
- додати об'єму (для рівноваги) в його середню частину;
- розслабити м'язи задньої поверхні шиї та лоба.

Деформаційний тип старіння переважно зустрічається у жінок слов'янської зовнішності – володарок круглих облич із крупними рисами, повними губами та щоками. Також характерний для жінок із зайвою вагою, адже надмірний підшкірно-жировий шар призводить до деформації контурів обличчя.

Достатньо часто спостерігається купероз, але порушення пігментації відсутні. Плюсом цього типу старіння є майже повна відсутність зморшок.

Підшкірно-жировий шар шкіри під дією гравітації пересувається вниз, втрачаючи з віком міцний колагеновий каркас.

Важкі верхні повіки нависають, щоки опускаються і окреслюють глибокі носогубні складки. У куточках губ промальовуються так звані ”зморшки скорботи”. Контури обличчя стають нечіткими, з’являються брилі, друге підборіддя, зморшки на шиї.

Висновок. Наприкінці місяця дослідження, після проведення 10 процедур масажу, зафіксовано приблизно однаковий позитивний суб'єктивний результат в обох групах жінок. У 4 (50%) жінок першої групи та 4 (66,7%) жінок другої групи у зафіксовано зменшення підшкірно - жирового шару в області підборіддя.

Зменшення проявів куперозу в зоні щок зафіксовано у всіх жінок в першій та другій групі, значне згладження глибини носогубної складки зафіксовано тільки у жінок другої групи 5(83,3%) Зменшення кількості зморшок в області передньої поверхні шиї відбулося в обох групах.

Також, судячи з анкетування, жінки які отримали курс процедур реліфтинг масажу обличчя та шиї були більш задоволені отриманим результатом. Таким чином, запропонована методика омолодження обличчя за допомогою реліфтинг масажу дозволяє ефективно здійснювати природну підтяжку обличчя та шиї у жінок середнього віку з деформаційним типом старіння.

Перспективи подальших досліджень На наступних етапах дослідження заплановано вивчення впливу реліфтинг масажу обличчя та шиї при втомленому, дрібнозморшкуватому та мускульному типу старіння. Також буде проведено дослідження конституційних та психоемоційних факторів старіння шкіри обличчя та їх корекція завдяки застосуванню реліфтинг масажу.

Література:

1. Башура А.Г., Половко Н.П., Коваленко И.И. Основы практической косметологии: Практ. руководство для студентов вузов.— Х., 2004.— 22 с.
2. Марголина А., Эрнандес Е. Новая косметология.— М.: Косметика и

медицина, 2005.— 266 с.

3. Пономаренко Г.Н. Физиотерапия в косметологии.— М., 2002.— 125 с

4. Тесье М.7Ф. Омоложение лица: современные аппаратные методики // Les nouvel estetik (рус. изд.).— 2004.— № 2.— С.108.

САМОМАСАЖ, ЯК ЗАСІБ ВІДНОВЛЕННЯ РУХОМОСТІ ГРУДНОЇ КЛІТКИ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕННЯ ПЕВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ

Каніщева О.П., Єфіменко П.Б.

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. Визначено, що стан здоров'я людини після перенесеної пневмонії будь якого походження вимагає відновлення рухомості грудної клітки. Запропоновано проведення самомасажу, як ефективного доповнення до засобів фізичної терапії під час реабілітації після цього захворювання. Виявлено позитивну реакцію дихальних м'язів на процедуру самомасажу.

Ключові слова: пневмонія, рухомість грудної клітки, самомасаж.

Abstract. It has been determined that the state of human health after pneumonia of any origin requires the restoration of chest mobility. Self-massage has been proposed as an effective adjunct to physical therapy during rehabilitation after this disease. A positive reaction of the respiratory muscles to the self-massage procedure was revealed.

Key words: pneumonia, chest mobility, self-massage.

Вступ. Пневмонія – це запалення легенів інфекційного походження. Вона розвивається також і як ускладнення після інших хвороб, таких як гостре респіраторне захворювання, грип, кір, хвороби серця та інш. А в результаті відсутності активних рухів після хірургічних операцій, може траплятися гіпостатична (клінічна) пневмонія [9].

Останнім роком, з появою вірусного захворювання на Covid 19, виникла ще одна загроза здоров'ю та життю людини, пневмонія як ускладнення, що розповсюджується на легені. Це так звана «ковідна» пневмонія. Її симптоми спочатку проявляються не жорстко вираженими. Може бути відсутність кашлю, задишки, лихоманки. Вони з'являються поступово і можуть наростати. При ураженні коронавірусом, порушується робота альвеол. Виникає набряк, з'являється запалення, руйнується суфракта. В результаті відбувається порушення газообміну і виникає двостороння пневмонія. Ще одним небезпечним супутнім явищем є рубцювання легеневої тканини – фіброз [11.12].

У результаті цього знижується дихальна активність і дихальні м'язи втрачають здібність активно скорочуватись і перестають відповідати своєму функціональному призначенню, активно здійснювати акт дихання, що відбивається на об'єму легень.

Після одужання хворі, як правило, проходять реабілітацію. Одним із ефективних засобів якої є масаж. Його проводять за показанням лікаря. Однак у фахівців з масажу, стосовно методики його проведення, існує багато думок. Згідно їх уявленням про вплив цієї процедури на організм людини, існує певна кількість систем цієї процедури.

На нашу думку під системою масажу слід розуміти особливості техніки та методики його проведення, спрямовані на досягнення певної мети згідно наукових досягнень, а також з урахуванням етнографічних особливостей тієї місцевості де його застосовують [4].

Так фахівцями системи сегментарно-рефлекторного масажу було виявлено, що в результаті захворювання певного внутрішнього органу, в тому числі й легенів, на поверхні тіла людини з'являються зміни у стані шкіри, сполучних тканинах, м'язах і окісті. Це зони Захар'їна-Геда, або зони відбиття больової чутливості. І якщо певними масажними прийомами усунути ці зміни, то рефлекторно стимулюється відновлення функціонального стану ураженого органу. Таким чином впливають цілеспрямовано на легеневу тканину [3,6].

Фахівці класичної системи масажу рекомендують проводити масаж усієї грудної клітки, ґрунтуючись дією трьох факторів впливу масажу на організм людини: механічного, нервово-рефлекторного і гуморального. Це означає, що спрямованість цих дій розрахована на дихальні м'язи і рефлекторно на легеневу тканину [1,5,10].

Автори відомих літературних джерел з масажу Кунічев Л.А. (1990), Васічкін В.І. (2006), пропонують комбіновану методику масажу, де процедуру починають із впливу на паравертебральні зони спинномозкових сегментів, що іннервують легеневі тканини, а далі за методикою класичного масажу опрацьовують грудну клітку [2,8].

Охопити усіх, хто потребує цієї процедури не можливо, й тому ми вирішили запропонувати до використання таку форму масажу як самомасаж. Позитивною особливістю цієї процедури також є й те, що вона сприймається тим, хто її проводить не пасивно, як масаж, а активно. При цьому відбувається протидія м'язів масажуючої руки та масажованої ділянки тіла. При цьому власні відчуття дають можливість точно спрямувати дію масажних прийомів і точно коректувати дозування їх інтенсивності [7].

Метою нашого дослідження було виявити реакцію процесу вентиляції легень здорової людини на одну процедуру самомасажу грудної клітки.

Завдання дослідження:

1. Вивчити та узагальнити літературні джерела за даним напрямком фізичної терапії;
2. Виявити методику класичного масажу, для цілеспрямованого впливу на рухомість грудної клітки.

Хід дослідження та обговорення результатів. В акті дихання легеневі тканини безпосередньої участі не беруть. Вони розтягуються та стискаються відповідними рухами грудної клітки завдяки скороченню, або розслабленню дихальних м'язів.

Після перенесеної пневмонії дихальні м'язи знаходяться в стані субатрофії і атрофії й тому не в змозі забезпечувати необхідний діапазон рухів

грудної клітки. Як наслідок це сприяє зменшенню рухової активності грудної клітки і відповідно негативно впливає на вентиляцію легень та їх життєву ємність [9].

Аналіз спеціальної літератури з масажу при патологічних станах органів дихання, вказує на те, що масаж рефлекторних зон, розташованих на поверхні різних ділянок тіла людини, розглядається тільки як засіб рефлекторної дії безпосередньо на органи дихання [3,6]. А в запропонованій нами методиці розглядається проведення класичного самомасажу м'язових тканин які за своєю функціональною спрямованістю приймають участь в акті дихання як на вдиху, так і на форсованому видиху за рахунок приведення до руху самої грудної клітки. У даному випадку вони є своєрідними антоганістами. Що важливо при обстеженні функції зовнішнього дихання.

Завдання перед процедурою самомасажу:

- надати стимулюючої дії на м'язи, задіяні у вдиху та форсованому видиху;
- сприяти відновленню рухомості грудної клітки і покращенню функціонального стану органів дихання.

Методи дослідження:

- спірометрія спірометром ССП, що відображала реакцію життєвої ємності легень;
- пікфлоуметрія, що відображала пікову швидкість видиху (ПШВ), тобто реакцію рухомості грудної клітки на масаж м'язів, які приймали участь у акті дихання. Використовували пікфлоуметр фірми Rocketpeak.

Дослідження проводилось на практичних заняттях з дисципліни «Масаж», у студентів, які навчались за спеціальністю 017 - Фізична культура і спорт, спеціалізації «Тренерська діяльність в обраному виді спорту». На той час вони вже оволоділи технікою проведення усіх масажних прийомів. Усього було 12 осіб, з яких п'ятеро жіночої статі, семеро – чоловічої. Спочатку кожному з учасників дослідження рекомендувалось виміряти спірометрію й максимальну

швидкість видиху. Результати первинного дослідження були занесені до протоколу.

Процедуру самомасажу проводили у вихідному положенні лежачи на спині, під голову підкладали подушку і під диктовку викладача проводили усі необхідні масажні прийоми. Спочатку масажували верхню частину грудної клітки, потім нижню. Рекомендувалося звертати увагу на дотримання поступового проникнення масажуючої руки в більш глибокі масажовані тканинні шари. При цьому, для запобігання швидкого стомлення масажуючої руки, кожний з масажних прийомів проводився по чергово з обох боків. Сумарна тривалість процедури була 4,5 – 5 хвилин.

Спочатку від грудини вдовж ключиці долонною поверхнею кисті погладжували, потім основою долоні або гребенем кулака вижимали й після 4-5 рухів, знов погладжували. Потім долонею проводили поверхнєве розтирали масажованої ділянки збільшуючи рухливість шкіри у різних напрямках. Повторивши погладження, подушечками пальців розминали м'язи: великі грудні, потім проникаючи через них глибше, розминали малі грудні. Далі проникаючи ще глибше розминали зовнішні міжреберні м'язи. Після цього щільно розтирали сухожильну частину великого грудного м'яза (апоневроз) в місцях його кріплення вдовж грудини.

Періодично повторювали погладження.

Далі масажували нижню частину грудної клітки. Спочатку від грудини в боки долонями погладжували й подушечками пальців розтирали міжреберні проміжки. Далі подушечками пальців розминали передні зубчаті м'язи і проникаючи глибше масажували зовнішні міжреберні м'язи. І знов погладжували всю нижню поверхню грудної клітки.

На завершення цієї процедури, подушечками пальців обох рук, симетрично з обох боків, проникали під підребер'я й розтирали їх штриховими рухами. Далі подушечками пальців ретельно розтирали грудину, особливо ключично- і груднинореберні сполучення. Періодично повторювали

погладжування. Після цього усім пропонувалось виконати декілька повних вдихів й видихів.

Після проведеної однієї процедури самомасажу передньої поверхні грудної клітки було проведено повторне вимірювання спірометрії та пікової швидкості видиху. Дані повторного вимірювання заносились до протоколу дослідження. Усі отримані дані відображені в таблиці 1.

Таблиця 1

Порівняльні дані обстеження до і після однієї процедури самомасажу передньої поверхні грудної клітки n – 12

№ п/п	Респонденти	Показники вимірювань до самомасажу		Показники вимірювань після самомасажу	
		Спірометрія (см ³)	ПШВ (л/хв.)	Спірометрія (см ³)	ПШВ (л/хв.)
1.	Респондент 1 (ж)	3000	340	3000	360
2.	Респондент 2 (ж)	3100	460	3500	480
3.	Респондент 3 (ж)	3900	480	4200	510
4.	Респондент 4(ж)	3200	190	3200	280
5.	Респондент 5 (ж)	2900	370	3000	420
6.	Респондент 6 (м)	4250	750	5100	800
7.	Респондент 7 (м)	5100	560	5400	670
8.	Респондент 8 (м)	4500	540	4700	550
9.	Респондент 9 (м)	5300	600	5600	650
10.	Респондент 10 (м)	4000	540	4600	650
11.	Респондент 11 (м)	5700	550	5800	560
12.	Респондент 12 (м)	4500	400	4600	540

Згідно отриманих результатів спостереження за функціональним станом дихальної системи здорових осіб до і після одноразового самомасажу передньої поверхні грудної клітки, у двох осіб (одна жіночої статі, одна – чоловічої) при однаковому показнику спірометрії, спостерігається збільшення показника пікової швидкості видиху. Інші учасники проведеного дослідження, це чотири особи жіночої статі й шість чоловічої, показали збільшення показників обох методів дослідження різної величини. Отримані дані вказують на позитивну реакцію м'язів, що приймають участь у диханні людини на одну процедуру проведеного самомасажу передньої поверхні грудної клітки спрямовану на її послідовне опрацювання певними масажними прийомами.

Висновки:

1. Самомасаж грудної клітки сприяє підвищенню показників спірометрії та пікової швидкості видиху, що позитивно впливає на її рухомість.

2. Дані спостереження дають підґрунтя вважати самомасаж грудної клітки ефективним і доступним засобом відновлення функціонального стану грудної клітки, який можна проводити самостійно після нескладного інструктажу фізичного терапевта.

Перспективи подальших досліджень пов'язані проведенням спостереження за станом грудної клітки після курсу самомасажу особами, які проходять реабілітацію після перенесеної пневмонії.

Література

1. Бирюков А.А. Лечебный массаж: учебник для студентов высших учебных заведений. Изд. 2-е, стер. Москва: Издательский центр Академия, 2007. 368 с.

2. Васичкин В.И. Всё о массаже. Москва: АСТ; СПб : Полигон, 2006. 303 с.

3. Глезер О., Далихо А. Сегментарный массаж. Москва: Медицина, 1965. 125 с.

4. Єфіменко П.Б. Техніка та методика класичного масажу. 2-е видання перероб. й доп. Харків : ХНАДУ, 2013. 296 с.

5. Єфіменко П.Б., Канищева О.П., Без'язична О.В. Масаж дітей та дорослих різного віку : навчальний посібник. Харків: ФОП Бровін О.В., 2021. 304 с.

6. Ісаєв Ю.О. Сегментарно-рефлекторний і точковий масаж у клінічній практиці. Київ: Здоров'я, 1993. 320 с.

7. Канищева О.П. Масаж та інші засоби відновлення працездатності організму студента. Харків : ХНАДУ, 2014. 124 с.

8. Куничев Л.А. Лечебный массаж. 4 изд. стер. Киев : Выща школа, 1990. 288 с.

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

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 звапнінню 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

Європі почалося тільки в 70-х роках дев'ятнадцятого століття. Насьогодні, техніка та методологія класичної системи масажу, розроблена вітчизняними вченими, наразі є найбільш науково-обґрунтованою і методично закінченою [2; 8]. Але, масажисти у своїй роботі, найчастіше керуються призначеннями лікаря, оскільки масаж у клінічній медицині сприймається як процедура, а масажист всього лише її виконавець, тому ніякої оцінки ефективності цієї процедури не застосовується. Тому багато пацієнтів після проведеного курсу масажу не відчують стійкого результату. Тому, перш ніж розпочати процедуру масажу необхідно виявити причину порушень та проаналізувати користь і вплив на неї масажу. З цією метою проводиться візуальна діагностика і пальпація, що дозволить виявити слабкі та проблемні м'язи, які порушують нормальну біомеханіку тіла людини [3,5].

Мета та завдання дослідження. Мета цієї роботи – визначити види постурального м'язового дисбалансу опорно-рухового апарату людини з метою побудови більш ефективної процедури масажу.

Хід дослідження та обговорення результатів. Візуальна діагностика [1], як метод обстеження, дозволяє: виявити локалізацію слабкої ланки опорно-рухового апарату; визначити причину гіпертонусу чи гіпотонічності м'язів в ураженому регіоні тіла; підібрати дієві прийоми масажу як методу фізичної реабілітації, який зможе усунути виявлену причину і, відновити оптимальність рухових дій, активно, включаючи м'язи з відновленою збудливістю і тонусом в рухові акти, які людина використовує у своїй повсякденній діяльності. Візуальна діагностика проводиться шляхом порівняння паралельності ліній-орієнтирів анатомічних регіонів тіла у трьох площинах та оцінці осей хребта і кінцівок в положеннях стоячи та сидячи.

Найчастіше в людини переважає постуральний дисбаланс у м'язах шиї, плечового пояса і грудної клітки, що характерно для верхнього перехресного синдрому м'язової дисфункції (табл.1). Візуально це виглядає таким чином: шия і плечі зміщуються вперед, збільшується грудний кіфоз, виникає

порушення нормального циклу дихання через спазм драбинчатих і грудних м'язів.

Таблиця 1

М'язовий постуральний дисбаланс при верхньому перехресному синдромі

Функціонально ослаблені м'язи		Функціонально вкорочені м'язи	
1	М. нижня порція трапеції	1	М. верхня порція трапеції
2	М. передній зубчатий	2	М. підіймач лопатки
3	М. ромбовидні	3	М. драбинчатий
4	М. середня частина трапеції	4	М. великий і малий грудний
5	М. довгий розгинач шиї	5	М. короткі розгиначі шиї

У зв'язку з порушенням тону м'язів міжреберних м'язів, передніх зубчатих, ромбовидних і довгих розгиначів спини виникає порушення фаз дихання. На фазі вдиху відсутні рухи ребер в сторони, а на видиху відбувається падіння грудної клітки. При слабкості верхньої порції трапеції, передніх зубчатих і ромбовидних м'язів, які забезпечують прилягання лопаток до грудної клітки та одночасного вкорочення м'яза-підіймача лопатки, виникає їх краніолатеральне зміщення з підйомом нижнього кута лопатки, з наступним формуванням криловидних лопаток.

В результаті порушення тонусо-силового балансу м'язів, що беруть участь в утриманні шийного лордозу виникає зміщення голови вперед, а шийний відділ хребта знаходиться в стані перерозгинання – гіперлордозу. М'язовий дисбаланс, що призводить до формування шийного лордозу представлено в таблиці 2.

Положення таза в сагітальній площині визначається за кутом між лініями, що з'єднують передні та задні клубові ості тазу справа і зліва, варіанти: лінії паралельні – норма; лінії не паралельні – скручений таз.

Таблиця 2

М'язовий постуральний дисбаланс при шийному гіперлордозі

Функціонально ослаблені м'язи		Функціонально вкорочені м'язи	
1	М. передній драбинчатий	1	М. верхня порція трапеції
2	М. середній драбинчатий	2	М. грудино-ключично-соскопод
3	М. довгий голови	3	М. великий задній прямий голови
4	М. довгий шиї	4	М. ремінний голови
5	М. глибокі флексори шиї	5	М. косий голови

Нахил таза вперед або назад залежить, перш за все, від балансу м'язів і зв'язок передньої і задньої поверхонь тулуба і нижніх кінцівок, які здійснюють рух тазу в цій площині. Цей варіант, м'язового постурального дисбалансу, входить до складу нижнього перехресного синдрому м'язової дисфункції (табл.3).

Таблиця 3

М'язовий постуральний дисбаланс при нижньому перехресному синдромі

Функціонально ослаблені м'язи		Функціонально вкорочені м'язи	
1	М. живота прямий	1	М. випрямляч спини
2	М. живота косі	2	М. клубово-поперековий
3	М. великий сідничний	3	М. квадратний спини
4	М. середній сідничний	4	М. напружувач широкої фасції стегна

Отже, на основі отриманих візуальних показників, можна сформувати діагностичний висновок і відповідно до кожного конкретного випадку можна точно підібрати індивідуальну процедуру масажу, яка буде адаптована до різних станів м'язової дисфункції [4,6,7].

М'язи зі зниженим тонусом (гіпотонія), на дотик будуть м'які та мляві. Шкіра витончена, підшкірний жировий шар розвинутий слабо. Основні завдання масажу: активізація кровообігу для поліпшення трофічних процесів; підвищення м'язового тонусу та сприяння механічному виведенню продуктів розпаду з м'язової тканини. Методика масажу гіпотонічних м'язів: погладжування (різними способами) 1,5–2 хв., вижимання з обтяженням 1,5–2 хв., розтирання (фалангами зігнутих пальців, основою долоні, подушечками 4 пальців) 2–3 хв., розминання (глибоке різними способами, чергуючи з потряхуванням) 5–8 хв., ударні прийоми (рубління, постукування) 1,5 – 2 хв., пасивні та активні рухи 5–8 хв. Всі прийоми виконуються інтенсивно за стимулюючою (тонізуючою) методикою.

При тугих на дотик м'язах, при пальпації відчувається високий тонус та сильний опір натисканню (гіпертонус м'язів). При розтягненнях та скручуванні з'являвся біль, шкіра фактично не захоплюється. Основні завдання масажу

гіпертонічних м'язів: зниження тону м'язів; сприяння активному механічному видаленню продуктів розпаду та активізація кровообігу. Методика масажу включає: основні масажні прийоми – комбіноване погладжування (5-8 хв.); розминання (1,5-2 хв.) – легке, поверхнєве, ритмічне; потряхування (1,5-2 хв.); пасивні рухи зі збільшеною амплітудою у повільному темпі (5-8 хв.). Всі прийоми виконуються в повільному темпі, надаючи седативну дію і релаксуючий ефект.

М'язи з дуже високим тонусом (спазм) на дотик дуже болючі та чутливі. При пальпації спостерігається різка напруженість і гіперестезія. Основні завдання масажу: усунення стійкої гіпертонії м'яза; сприяння активному відтоку венозної крові (відсмоктуючий масаж м'язів, що розташовані вище), тим самим покращення лімфообігу і лімфодренажу. Методика масажу включає: погладжування (8-10 хв.), розминання захоплюючі з валянням (10-12 хв.), повільні пасивні рухи (5-7 хв.).

У місцях локалізації тригерних точок у м'язах, при пальпації виникає локальний іррадіюючий біль від імпульсації із патологічно змінених тканин м'язів. При цьому пальпується змінений колоїдний стан м'язів та їх трофіки, що і призводить до виникнення болючих ущільнень різної форми у вигляді вузликів. Основні завдання масажу: активізація кровообігу для поліпшення трофічних процесів; усунення болючості. Методика масажу включає релаксуючий, лімфодренажний масаж (погладжування, легке розтирання, неглибоке розминання. По мірі стихання больового синдрому застосовується більш енергійне розтирання і глибоке розминання уражених м'язів.

Висновки. Традиційно проведений масаж, як звичайна процедура за призначенням лікаря, без попередньої оцінки стану пацієнта самим масажистом не надає стійкого і вираженого результату. Тому, щоб підвищити ефективність і результативність масажу необхідно спочатку виявити причину порушень та проаналізувати користь і вплив на неї масажу. З цією метою проводиться візуальна діагностика і пальпація, яка дозволить: виявити постуральні порушення та м'язовий дисбаланс у різних регіонах опорно-рухового апарату;

визначити причину гіпертонусу або гіпотонусу м'язів тіла; дібрати дієві прийоми масажу як методу фізичної реабілітації, який зможе усунути виявлену причину і, відновити оптимальність рухових дій, активно, включаючи м'язи з відновленою збудливістю і тонусом в рухові акти, які людина використовує у своїй повсякденній діяльності.

Перспективи подальших досліджень будуть спрямовані на вивчення методик масажу при постуральних і локомоторних порушеннях.

Література

1. Васильєва Л.Ф. Прикладная кинезиология. Искусство восстановления здоровья / Л.Ф. Васильєва. – Одесса: УАПК, 2018. – 156 с.
2. Єфіменко П.Б. Техніка та методика класичного масажу / П.Б. Єфіменко. – Харків: «ОВС», 2007. – 216 с.
3. Осіпов В. Реабілітаційний масаж при постуральних порушеннях, больових синдромах і вегетативній дисфункції / В.М. Осіпов // Актуальні питання сучасного масажу // Збірник статей XI міжнародної науково-практичної інтернет-конференції, 24-25 квітня 2020 р., ХДАФК, 2020. – С. 53-60.
4. Осіпов В.М. Методика контрастного лікувального масажу при міофасціальних больових синдромах / В.М. Осіпов // Актуальні питання сучасного масажу // Збірник статей IX міжн. наук.-практ. конф., 21-22 квітня 2018. – Харків: ХДАФК, 2018. – С. 42-47.
5. Осіпов В.М. Базовий алгоритм діагностичних і терапевтичних заходів у практиці масажиста при міофасціальній дисфункції / В.М. Осіпов // Актуальні питання сучасного масажу: збір. стат. X Міжн. наук.-практ. конф., 19–20 квітня 2019 р. – Харків: ХДАФК, 2019. – С.47-53.
6. Осіпов В.М. Техніка та методика класичного масажу при захворюваннях та травмах опорно-рухового апарату Актуальні проблеми фізичної культури, спорту і здоров'я : матеріали II Всеукр. наук. інтернет-конф. (Черкаси, 26-27 травня 2018 р.) – Черкаси, 2018. – С. 111-116.

7. Осіпов В.М. Особливості техніки та методики виконання прийомів класичного масажу для відновлення працездатності спортсменів-футболістів / В.М. Осіпов // Спортивні ігри: наук. журнал. – № 3 (9). – Харків: ХДАФК, 2018. – С. 66-73.

8. Реабілітаційний масаж: підручник / Л. О. Вакуленко [та ін.]. – Тернопіль: ТДМУ "Укрмедкнига", 2018. – 522 с.

МАСАЖ У КОМПЛЕКСІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ПРИ ЛОРДОТИЧНІЙ ПОСТАВІ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Полковник-Маркова В.С.¹, Мустафа Рассам²

Харківська державна академія фізичної культури,¹ Україна,² Марокко

Анотація: Розкрито зміни у комплексі реабілітаційних заходів у порівнянні із програмою у попередньому спостереженні. Проаналізовано вплив запропонованої програми фізичної терапії на показники гнучкості хребта вперед після повторного курсу і через 3 місяці після нього.

Ключові слова: лордотична постава, масаж, гнучкість хребта.

Abstract: Reveals changes in the complex rehabilitation program compared to the previous experiment. It is analyzed the influence of the offered program of physical therapy on indicators of flexibility of a backbone forward after the repeated course and in 3 months after.

Key words: lordotic posture, massage, spinal flexibility.

Вступ. Порушення постави проявляється вже у дітей раннього віку, а в 7 років фіксується у кожної третьої дитини, а у подальшому шкільному віці відсоток дітей з порушенням постави продовжує зростати [2]. За даними авторів порушення постави є в 67% школярів [1].

Дефект постави – це не лише естетична проблема у дитини. Це також ряд змін, які приносить неправильна постава. У подальшому житті вони можуть

проявлятися, наприклад, болем у перевантажених м'язах. Завдяки кращій діагностиці та вдосконаленню обізнаності батьків, дефекти постави є однією з найбільш легко пізнаваних проблем, що стосуються дітей. Важливим є своєчасна діагностика дисфункцій, що з'являються в опорно-руховому апараті, поки вони оборотні [3].

Дефектна постава створює умови для прояву захворювань хребта і інших органів опорно-рухового апарату [2]. При вираженому гіперлордозі можливі порушення функції органів черевної порожнини. До найбільш серйозних і небезпечних ускладнень лордозу, за результатами тривалих спостережень за пацієнтами, фахівці виявили: проблеми з диханням, що пов'язані із деформацією діафрагми; викривлення хребетного стовпа; остеохондроз хребта; хронічні закрепи; порушення в роботі нирок, що виникають при їх деформації і стисненні органів черевної порожнини [3].

Для попередження поширення порушень постави у молодших школярів виникає необхідність профілактики і лікування різних форм її проявів [1]. Такий підхід передбачає комплексне використання соціально-педагогічних впливів, кінезотерапії разом з масажем, фізіотерапією, дієтотерапією, загартовуванням, гігієнічними та оздоровчими заходами в режимі навчання і відпочинку дітей [7].

Мета дослідження. Оцінити динаміку рухливості хребта вперед дітей з лордотичною поставою після проходження курсу фізичної терапії.

Завдання:

1. Вивчити літературні джерела з даного напрямку фізичної терапії.
2. Провести порівняльний аналіз проведеного спостереження за дітьми, які проходили реабілітацію за двома методиками фізичної терапії.

Методи дослідження. Рухливість поперекового відділу хребта за методом Шобера визначали при маркіруванні остистих відростків першого та п'ятого поперекових хребців. Після цього пацієнт нахилився максимально вперед, не згинаючи коліна, в цьому положенні вимірювалась відстань між двома точками. За норму приймали відстань більше 15 см [6].

Функціональний стан хребта дітей визначали шляхом тестування рухливості хребта вперед у вихідному положенні стоячи за відстанню, що залишається від кінців пальців до підлоги. Для дітей 7-11 років нормальним вважався показник не менше 6 см, для підлітків не менше 4 см [1].

Хід дослідження та обговорення результатів. Для дослідження було відібрано групу дітей 8-10 років із лордотичною поставою II-III ступеня. Які проходили курс лікування в реабілітаційних центрах міста Харків. Діти були довільно розділені на 2 групи – контрольну (КГ) та основну (ОГ), в кожній групі – по 7 осіб. При первинному обстеженні було проведено огляд, тестування сили м'язів тулуба і оцінку рухливості хребта вперед за відстанню від третіх пальців рук до підлоги у положенні нахилу вперед.

Первинні дослідження за три місяці до нинішнього дослідження виявили зниження силової витривалості м'язів тулуба та обмеження рухливості хребта вперед. На нашу думку, це зумовлено в першу чергу гіпертонусом м'язів попереку. Після проведеного курсу заходів було проведено повторне дослідження гнучкості хребта вперед, виявлено покращення показника на 17% в основній групі, на 10% – в контрольній [7].

Перед повторним курсом процедур було проведено аналогічне обстеження. Виявлено зниження рухливості хребта на 4% у осіб основної групи і на 8% у осіб контрольної у порівнянні із показниками після першого курсу процедур. Після анкетування батьків щодо виконання дітьми домашнього комплексу терапевтичних вправ виявилось, що 5 дітей займалися вдома нерегулярно.

На основі отриманих даних було для дітей основної групи розроблено програму реабілітаційних заходів, яка включала кінезотерапію із елементами стретчингу і процедури реабілітаційного масажу за методикою П.Б. Єфіменко (2021 р.) із включенням постізометричної релаксації. Діти контрольної групи займалися за аналогічною програмою кінезотерапії і отримували стандартні процедури лікувального масажу [1, 3].

Стретчинг – це комплекс вправ і поз для розтягування певних м'язів, зв'язок і сухожилків тулуба і кінцівок [4]. Підвищення гнучкості – основний ефект стретчинга і поліпшення цієї фізичної якості людини зумовлена його ефективністю. Стретчинг дозволяє тримати тіло в тонусі і дуже добре розвиває м'язи, сухожилля, зв'язки. Тому може бути включений до реабілітаційної програми при порушеннях постави. На нашу думку, доречним є використання таких видів стретчинга:

1. Активний стретчинг (ізолювана розтяжка). Під час вправ на розтягування будь-якій частині свого тіла людина сама докладает певні зусилля.

2. Статичний стретчинг. Являє собою прийняття людиною певної пози і утримання її протягом 10-60 секунд. Статична розтяжка вважається найменш травматичним видом стретчинга. Основне навантаження спрямоване на м'язи. Крім цього м'який вплив надається на сухожилля і суглоби. Розтяжка відбувається під власною вагою, де найголовніше розслабитися в певному положенні.

Було проведено по 15 процедур кінезотерапії і масажу в кожній групі. Аналіз результатів повторного обстеження виявив покращення гнучкості хребта вперед на 21% в основній групі, на 16% – в контрольній.

Після завершення програми в умовах реабілітаційного центру всі діти отримали рекомендації для збереження досягнутого ефекту: стежити за правильною поставою впродовж дня і регулярно (через день) виконувати індивідуально розроблений комплекс терапевтичних вправ з елементами стретчингу, який діти опанували під час занять.

Три місяці потому всі діти знову були обстежені. Було виявлено деяке зниження гнучкості хребта вперед у всіх дітей, але в основній групі цей показник знизився на 15% менше, ніж в контрольній. Значення силової витривалості м'язів не змінилися порівняно із завершенням програми.

Висновки. Запропонована програма реабілітаційних заходів дає позитивний вплив на гнучкість хребта вперед. Але програма із включенням постізометричної релаксації м'язів поперек дає більш тривалий ефект.

Перспективи подальших досліджень. Проаналізувати стабільність досягнутих результатів втручання через більш тривалий проміжок часу.

Література.

1. Афанасьєв С.М. Теоретико-методичні основи фізичної реабілітації з функціональними порушеннями і дегенеративно-дистрофічними захворюваннями опорно-рухового апарату: дисертація канд. наук з фіз. виховання та спорту, 24.00.03 – фізична реабілітація. Дніпро, 2018.

2. Гайдук А.А., Потапчук А.А. Физическая реабилитация детей младшего школьного возраста со статическими нарушениями опорно-двигательного аппарата. *Гений ортопедии*, 2011. №4. С. 58-62.

3. Гутерман Т.А. Диференційована корекція порушень постави у дітей 6-7 років засобами оздоровчої фізичної культури: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. Краснодар, 2005. 174 с.

4. Душанин С.А., Пирогова С.А., Иващенко Л.Я. Тренировочные программы для здоровья. Киев, 1985. 18 с.

5. Єфіменко П.Б., Каніщева О.П., Без'язична О.В. Масаж дітей та дорослих різного віку : навчальний посібник. Харків: ФОП Бровін О.В., 2021. 304 с.

6. Кашуба В.А., Верховая Т.В. Методологические особенности исследования осанки человека. *Педагогіка, та проблеми виховання і спорту*. 2002. № 13. С. 48–53.

7. Полковник-Маркова В.С. Вплив модифікованої методики масажу при лордотичній поставі. *Актуальні питання сучасного масажу*. Збірник статей XI міжнародної науково-практичної конференції, 24-25 квітня 2020 р. Харків, 2020. С. 65-70.

ОБГРУНТУВАННЯ НОЗОЛОГІЧНО-ОРІЄНТОВАНОЇ МЕТОДИКИ КОРЕКЦІЙНОГО МАСАЖУ ДЛЯ СПОРТСМЕНІВ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Руденко Р.Є., Малиш Н.А.

*Львівський державний університет фізичної культури
імені Івана Боберського, Україна*

Анотація. Проведено аналіз методик масажу у фізичній реабілітації спортсменів з інвалідністю. Обґрунтовано положення щодо застосування корекційного масажу для спортсменів різних нозологічних груп захворювань згідно класифікації. Нами доведено, що адаптовані методики сегментарно-рефлекторного, спортивного, вибіркового масажу, масажу паравертебральних зон забезпечують корекційний вплив на системи організму створюючи адаптаційний потенціал до фізичних навантажень різної інтенсивності. Розроблено алгоритм взаємодії пацієнта та фахівця з фізичної реабілітації під час проведення процедури корекційного масажу.

Ключові слова: масаж, реабілітація, спортсмени з інвалідністю.

Abstract. The analysis of massage methods in physical rehabilitation of athletes with disabilities is carried out. The provisions on the use of corrective massage for athletes of different nosological groups of diseases according to the classification are substantiated. We have proved that the adapted methods of segmental-reflex, sports, selective massage, massage of paravertebral zones provide a corrective effect on the body's systems, creating an adaptive potential for physical activity of varying intensity. An algorithm of interaction between a patient and a physical rehabilitation specialist during a corrective massage procedure has been developed.

Key words: massage, rehabilitation, athletes with disabilities.

Вступ. Особливістю багатьох людей з тими чи іншими фізичними вадами вродженого чи набутого характеру є збереження багатьох фізичних можливостей, що не пов'язані безпосередньо з характером захворювання [1,4]. Це дає підстави для активних занять фізичною культурою і спортом [2]. Фізичні навантаження можуть викликати загострення основного й супутніх

захворювань. Узагальнюючи наукове і практичне значення розглянутих праць вітчизняних і зарубіжних учених, доцільно зауважити, що визначення методологічних підходів та практичних рішень, щодо оцінювання фізіологічного стану, адекватної реакції організму на фізичні навантаження привертають увагу науковців сьогодення [1,2,7]. Особливим є вивчення питання диференційованого застосування засобів і методів не медикаментозної терапії, зокрема масажу.

Мета дослідження – обґрунтувати нозологічно-орієнтовану методику корекційного масажу для спортсменів з інвалідністю.

Завдання дослідження.

1. Провести аналіз та узагальнити сучасні дані літератури з питань застосування масажу для спортсменів з інвалідністю.

2. Обґрунтувати взаємозв'язок між корекційним масажем та нозологічними групами захворювань спортсменів з інвалідністю.

Методи дослідження. Аналіз та узагальнення науково-теоретичних і методичних джерел з проблеми застосування масажу для спортсменів з інвалідністю.

Хід дослідження та обговорення результатів. Специфічність перебігу процесів втоми й відновлення спортсменів з інвалідністю залежить від низки чинників: виду спорту, різновиду переважного м'язового скорочення, кількості і маси м'язів, які беруть участь у рухах, характеру й інтенсивності роботи, ступеня тренуваності, віку і статі [5,8]. За результатами власних наукових досліджень, зокрема, проведення моніторингу біохімічних змін показників крові, сечі, терморегуляційних процесів ми дійшли до висновку, що у спортсменів з інвалідністю порушується мікроциркуляція м'язового кровотоку, змінюється тонус м'язів при спастичних та млявих формах паралічу, що призводить до розвитку вторинних порушень опорно-рухового апарату, зокрема формуванню контрактур суглобів, атрофії м'язів. Очевидним є порушення крово- та лімфообігу, як наслідок погіршення живлення тканин та клітин, зниження обмінних процесів, що супроводжується утворенням

набряків. Ці зміни пригнічують функцію рухів, тобто їх моторика страждає більше ніж у здорових людей. Заняття спортом вимагає від спортсмена з інвалідністю великої затрати психічної, емоційної та фізичної енергії [6].

Пріоритетними методичними принципами методики корекційного масажу для спортсменів з інвалідністю є вибір і визначення раціональної спрямованості, обґрунтування регламентації застосування, визначення критеріїв ефективності засобів та методів. Методика корекційного масажу спортсменів з інвалідністю має враховувати перебіг основного й супутніх захворювань, дотримуватися принципів раціональної спрямованості, регламентації застосування, визначення критеріїв ефективності засобів та методів. Попри завдань удосконалення спортивної майстерності, поліпшення спортивних результатів постає проблема відновлення систем організму пов'язаних з основним захворюванням, внаслідок якого отримана інвалідність. У спортсменів з інвалідністю регуляторні механізми перебувають у стані постійної напруги, забезпечуючи адекватне функціонування процесів життєдіяльності організму. Контрактури в суглобах, м'язова атрофія значно ускладнює пристосувальні механізми кровообігу до змін положення тіла, виконання фізичного навантаження і може реально загрожувати здоров'ю спортсменів з інвалідністю [7]. Засоби корекційного масажу будуть протистояти прогресуванню цих явищ.

Після ампутацій кінцівок настає період рухових перебудов, пов'язаних з адаптацією організму до нових умов. Корекційний масаж для спортсменів усіх класів після ампутацій спрямований на профілактику утворення контрактур та атрофії м'язів, на ліквідацію ущільнень, набряків та больового синдрому. Спеціальні прийоми масажу покращують обмінні процеси, кровопостачання атрофованих м'язів ампутованих кінцівок, сприяють розробці згинаючих контрактур. Зокрема, має місце хронічне перенапруження здорової кінцівки, у тому числі м'язів стопи та гомілки. Окремі прийоми масажу, релаксаційні вправи будуть спрямовані на зняття напруження м'язів.

Травматичні пошкодження спинного мозку супроводжуються характерними порушеннями рухових функцій. При наявності здавлення чи розриву спинного мозку спостерігається в'ялий параліч кінцівок, втрата чутливості (нижче ділянки ушкодження), порушення функцій тазових органів та інші ускладнення [7]. Корекційний масаж для спортсменів з наслідками травм, захворювань спинного мозку та наслідками поліомієліту покращує крово- та лімфообіг, прискорює метаболізм, знімає біль, попереджує атрофію м'язів, сприяє розробці контрактур в суглобах.

Для спортсменів нозологічної групи з дитячим церебральним паралічем характерним є порушення координації рухів, м'язовий дисбаланс, гіпертонус, контрактури в суглобах та інші ускладнення. Зміна постави, розлад діяльності рухового аналізатора, підвищена збудженість, інертність психіки утруднює адаптацію організму до фізичних навантажень. Корекційний масаж для спортсменів з церебральним паралічем спрямований на нормалізацію координації рухів та тону м'язів, профілактику спазматичних явищ у м'язах, розробку контрактур у суглобах.

У спортсменів з вадами зору порушена м'язово-суглобова чутливість [6, 8]. Аналізатори функціонують в гармонії один з одним. Функція рухового аналізатора уточнюється зоровим, вестибулярним аналізаторами. Існуючий взаємозв'язок дозволяє компенсувати функцію одного – іншим. Однак, компенсація зорового аналізатора іншими видами рецепції обмежена. В розвитку рухових функцій, координації рухів та формуванні активної реакції велике значення має м'язово-суглобове відчуття. Літературні дані, спостереження та власні дослідження доводять, що повна або часткова втрата зору різко знижує рухову активність, яка негативно впливає на стан вищої нервової діяльності і на вегетативні функції організму, на розвиток і функціональний стан серцево-судинної і дихальної систем, призводить до змін обмінних процесів і розвитку захворювань внутрішніх органів [4,5]. Покращення функціонального стану спортсменів з вадами зору досягається засобами корекційного масажу, розвиваючи та удосконалюючи різні види

чутливості. Зокрема, покращуються функції м'язових капілярів ока, кровопостачання та лімфообіг, стимулюється робота рецепторів органу зору, регенеративних процесів, відновлення функцій, активізація тканинної рідини, тканинного дихання та знижуються процеси атрофії.

Спортсменам з вадами слухового аналізатора корекційний масаж необхідний для вироблення просторової орієнтації, покращення стану вищої нервової діяльності, серцево-судинної і дихальної систем, стимуляції обмінних процесів. Особлива увага надається спеціальним прийомам масажу, які налаштовані на відновлення втрачених вестибуло-асоціативних зв'язків з метою тренування вестибулярної функції. Відомо, що будь-яка відновна процедура впливає на весь організм. У деяких випадках корекційний масаж є профілактичним засобом атрофії м'язів, контрактур в суглобах і має загальнооздоровчий вплив, адаптуючи системи організму до фізичних навантажень, враховуючи характер захворювання, ступінь функціональних розладів, загальний стан спортсменів з інвалідністю. Корекційний масаж для спортсменів з інвалідністю застосовують відповідно до нозології, що належить загальноприйнятій класифікації.

Одне з головних завдань методики корекційного масажу є уміння оптимізувати стан спортсмена через добір й виконання масажних маніпуляцій. Проводячи сеанс, фахівець з фізичної реабілітації завжди мусить ураховувати досвід спортсмена, його особливості, схильності й звички, що посилює позитивний ефект від проведених масажних маніпуляцій [1,3,6]. Ефективність застосування масажних прийомів залежить від ступеня розвитку м'язового чуття. Тільки знання анатомії і спеціальна тренуваність дозволяють фахівцю під час процедури масажу пальпаторно виявити патологічний процес у тканинах, ступінь напруження й розслаблення м'язів, наявність ущільнення, затверділості, інфільтратів у тканинах тощо. Розпочинаючи масаж, необхідно оглянути шкіру масажованого, визначити стан його м'язів (пальпаторно або за допомогою приладів), стан лімфатичних вузлів, кровоносних судин і залежно від цього вибрати прийоми й методику виконання масажних процедур. Ми

розробили алгоритм дій фахівця з фізичної реабілітації та спортсмена з інвалідністю під час процедури корекційного масажу (рис. 1).



Рис. 1. Алгоритм взаємодії пацієнта та фахівця з фізичної реабілітації під час проведення процедури корекційного масажу

Усі масажні маніпуляції мають бути безболісними [3,6]. Їх слід добирати підпорядковано до психічних та індивідуальних особливостей масажованого. Масаж для спортсменів з інвалідністю є багатофакторним, оскільки він скерований на покращення спортивних досягнень і водночас, підтримує функціональну спроможність систем організму. В методиці корекційного масажу поєднані елементи спортивного масажу, сегментарно-рефлекторного, масажу паравертебральних зон, вибіркового масажу. Корекційна спрямованість ґрунтується на специфіці фізичних навантажень у тренувальному процесі та збереженні або відновленні функціонального стану систем організму пов'язаних з патологічними змінами впродовж всієї інвалідності.

Висновки.

1. На відміну від існуючих засобів та методів масажу Катерини Шпієс М, редактор (2002); А. А. Бірюкова (2012); В.І. Дубровського (2009); П.Б. Єфіменка (2013); Д. В. Вакуленка (2016); Ю.О. Лянного (2008) теоретично обґрунтовано організаційні та методичні компоненти масажу у фізичній реабілітації спортсменів з інвалідністю.

2. Одне з головних завдань методики корекційного масажу – уміти оптимізувати стан спортсмена шляхом добору й виконання масажних маніпуляцій. В методиці корекційного масажу для спортсменів з інвалідністю поєднані елементи спортивного масажу, сегментарно-рефлекторного, масажу паравертебральних зон, вибіркового масажу.

У подальших дослідженнях з проблеми застосування масажу можливе дослідження впливу прийомів на функціональну спроможність спортсменів з інвалідністю у різні періоди тренувального циклу.

Література

1. Вакуленко Д. В. Інформаційна система медичної (фізичної) реабілітації : автореф. дис. ... д-ра біол. наук : [спец.] 14.03.11 „Медична та біологічні інформатика і кібернетика” / Вакуленко Д. В. ; Нац. мед. акад. післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. – Київ, 2016. – 53 с.

2. Герцык А. М. К вопросу принятия решений в физической реабилитации / Герцык А. М. // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2015. – № 2(46). – С. 48–52.

3. Єфіменко П. Б. Техніка та методика класичного масажу : навч. посіб. для студентів вищ. навч. закладів / П. Б. Єфіменко – 2-ге вид. перероб. й доп. – Харків : ХНАДУ, 2013. – 296 с.

4. Лянной Ю. О. Реабілітація і спорт інвалідів : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / Ю. О. Лянной. – Суми : СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2008. – 282 с.

5. Пат. на корисну модель № 144958 Україна, МПК А61Н 23/00 (2020.01). Спосіб виконання корекційного масажу для спортсменів з інвалідністю / Р. Є. Руденко; Львівський державний університет фізичної культури імені І. Боберського. – № u2020 02936; заявл. 15.05.2020; опубл.10.11.2020, Бюл. №21.

6. Руденко, Р. Масаж : навч. посіб. / Романна Руденко. – Львів : Сплайн, 2013. – 304 с.

7. Prystupa, T. Impact of athletic recovery parameters of hemodynamics in disabled powerlifters with cerebral palsy / T. Stefaniak, R. Rudenko // Pedagogics, psychology, medical-biological problems of physical training and sports. – 2017. – Vol. 21, N 3. P. 131 – 138.

8. Rudenko R, Mahlovanyu A, Shuyan O, Prystupa T. Physical rehabilitation and thermoregulatory processes in athletes with disabilities. Journal of Physical Education and Sport. 2015;15;4:730–735.

МОЖЛИВОСТІ ПОЄДНАННЯ АРОМАТЕРАПІЇ І КЛАСИЧНОГО МАСАЖУ ДЛЯ ВПЛИВУ НА ЗМІНИ ПСИХІЧНОГО І ФІЗІОЛОГІЧНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ З ПОСТКОВІДНИМ СИНДРОМОМ

Сомова К.В.

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. У статті представлений літературний огляд і дані власних досліджень автора про можливості застосування ароматерапії і класичного масажу для впливу на зміни психічного і фізіологічного стану пацієнтів з постковідним синдромом. Використання ефірних масел, класичного масажу дозволяє надати адаптогенний, болезаспокійливий, антидепресивний, антистресовий, вегетостабілізуючий, психостимулюючий, седативний ефекти. Терапевтичний потенціал використання ефірних масел і класичного масажу недостатньо вивчений і необхідні подальші наукові дослідження можливостей їх використання при різних патологіях.

Ключові слова: ароматерапія, класичний масаж, постковідний синдром.

Abstract. The article presents a literature review and data of the author's own research on the possibility of using aromatherapy and classical massage to influence changes in the mental and physiological state of patients with postcocious syndrome. The use of essential oils, classical massage allows to provide adaptogenic, analgesic, antidepressant, anti-stress, vegetative-stabilizing, psychostimulant, sedative effects. The therapeutic potential of the use of essential oils and classical massage is insufficiently studied and further research on the possibilities of their use in various pathologies is needed.

Key words: aromatherapy, classical massage, postcocious syndrome.

Вступ. Американський Центр з контролю і профілактиці захворювань провів дослідження, з'ясувавши, що в середньому 30% легко перехворіли COVID-19 протягом двох-трьох тижнів після хвороби не повертаються до тієї норми здоров'я, яка була у них до інфекції. Серед людей віком 18-36 років

синдром зареєстрували в 26% випадків, в групі 35-49-річних цей показник підвищився до 32%, а в групі старше 50 - до 47%. [1]. Визначили такі поширені симптоми тривалого ковіду: втома, кашель; біль у грудях; біль у суглобах; задишка. Менш поширені: труднощі з концентрацією уваги («туман в голові»); депресія; біль у м'язах; головний біль; періодична лихоманка; прискорене серцебиття. Згідно з дослідженням Королівського коледжу Лондона, у кожної двадцятої людини з підтвердженим коронавірусів хвороба триватиме вісім тижнів або довше. Більший ризик отримати тривалий ковід мають ті, у кого в протягом першого тижня було більше п'яти симптомів хвороби. Інші дослідження вказують, що симптоми ковіда протягом трьох місяців після початку хвороби залишаються у 50-80% людей. [2]. Зараз вивчаються різні методики, що дозволяють скоротити при лікуванні застосування фармакологічних методів, які мають значні побічні ефекти [3]. Тому пошук інших засобів лікування є актуальним. Серед них можна виділити методики класичного масажу у поєднанні з ароматерапією.

Мета роботи – оцінити ефективність впливу аромамасел римської ромашки і класичного масажу на пацієнтів з постковідним синдромом.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати ефекти впливу ароматерапії, класичного масажу на пацієнтів з неврологічними та психоемоційними змінами.
2. Обрати опимальний варіант використання ароматерапії у поєднанні з класичним масажем, оцінити можливість використання ароматерапії у поєднанні з класичним масажем на пацієнтів з постковідним синдромом.
3. Оцінити ефективність впливу ароматерапії у поєднанні з класичним масажем на пацієнтів з постковідним синдромом.

Методи дослідження: аналіз та узагальнення науково – теоретичної і методичної літератури; загальний стан пацієнтів, настрої оцінювали за бальною методикою від 1 до 10 балів; аналіз больових відчуттів проводився за візуальною аналоговою 10 бальною шкалою болю (VAS).

Хід досліджень та обговорення результатів. Ароматерапія - це лікувальна система, в якій застосовуються органічні ефірні масла ефіроолійних та лікарських рослин з лікувальною метою і для профілактики захворювань. Діапазон застосування ЕМ в медицині широкий через наявність полісистемних лікувальних, реабілітаційних та профілактичних ефектів у даних біологічно активних речовин - про це свідчать багато наукових досліджень [4,6,7]. За рахунок заспокійливого впливу на центральну нервову систему деякі ЕМ здатні зняти стрес і нормалізувати сон, знизити прояви тривоги, поліпшити емоційний стан. Зокрема, стрессопротекторами є аромамасла лаванди, евкаліпта, монарди [4,6,7,18]. Були проведені дослідження з використання АТ у психічно хворих [19,22]. У більшості статей описано успішне застосування в лікуванні цих пацієнтів, хоча результати були оцінені суб'єктивно. Є дані про застосування ЕМ лаванди, шалфея, м'яти, розмарину в комплексному лікуванні хворих невротами, судинної деменції з детальною суб'єктивною і об'єктивною клінічною оцінкою результатів. Позитивний ефект відзначався як за суб'єктивними показниками, так і за даними ЕЕГ, РЕГ, ЕКГ [5,8,9,10,12,13,20,21]. Деякі психотропні ефекти АТ відображає схема дії ЕМ на центральну нервову систему людини [7], ефект стимуляції (лаванда, гвоздика, лимон, чорний перець, лавр, кориця, фенхель, розмарин, іланг-іланг, базилік, бергамот, герань), ефект гальмування (ромашка, базилік, меліса, ялівець, нігтики, полин, помаранча, троянда, валеріана, ваніль, кипарис, аніс, сандалове дерево, чебрець, ісоп, хміль, майоран), болезаспокійливий (арніка, базилік, гвоздика, герань, материнка, лаванда, лавр, цибуля, меліса, ялівець, мускатний горіх; м'ята, петрушка, розмарин, ромашка, рута, тютюн, часник, шавлія, евкаліпт).

У рандомізованому контрольованому дослідженні вивчали вплив масажу або ароматичного масажу на 103 хворих на рак, яким випадковим чином був призначений масаж використанням масла-носія (група масажу) або з використанням масла-носія і ефірного масла римської ромашки (*Chamaemelum Nobile* (група ароматичного масажу)). Через два тижні автори виявили статистично значуще зниження тривожності в групі ароматичного масажу і

поліпшення симптомів (за даними опитувальника RSCL; покращилася оцінка по субшкалам психологічної, якості життя, важкої фізичної і важкою психологічною). Автори повідомляють, що в групі тільки масажу також відбулися поліпшення, але вони не досягли статистичної значущості. У дослідженні, основною метою якого була оцінка ефективності АТ після початкового пілотного дослідження в британському онкологічному центрі, повідомляється, що з 89 пацієнтів, яким була призначена АТ, 58 хворих пройшли весь курс - шість сеансів. автори зазначив і значне зменшення тривожності і депресії (за даними HADS) після закінчення шести сеансів АТ.

Ефірна олія ромашки має бактерицидні, протизапальними, тонізуючими, болезаспокійливі властивості. Воно згубно діє на ряд хвороботворних бактерій, що дозволяє ефективно застосовувати його як допоміжний засіб при таких захворюваннях, як ангіна, бронхіт, ларингіт, пневмонія і кон'юнктивіт (Ромашкова вода). Його використовують і при інших простудних захворюваннях, так як воно здатне знизити температуру тіла при гарячковому стані. Масло ромашки покращує роботу імунної системи, стимулює апетит, позитивно впливає на функцію шлунково-кишкового тракту, зокрема при виразках шлунка і дванадцятипалої кишки. Вважається також, що воно корисне для жіночого здоров'я при порушенні менструального циклу і під час клімаксу. В цілому властивості ромашкового масла за багатьма параметрами схожі з властивостями лавандової олії, з тією лише відмінністю, що ефірне масло лаванди рекомендують при наявності гострих болів, а ефірне масло ромашки - при болях ниючих. Впливаючи на емоційну сферу, за допомогою ефірного масла ромашки можна позбутися від дратівливості і надмірного хвилювання. Воно допомагає впоратися з безсонням, знімає нервову напругу і стабілізує емоції. Крім того, ромашкове масло сприятливо впливає на роботу головного мозку і активізує пам'ять. Масло має бактерицидну і протизапальну дію і використовується в косметичній промисловості. Використовується для догляду за сухою, чутливою шкірою. Відбілює, заспокоює запалення і усуває алергічні прояви [14,15,16,17,23].

Масаж впливає вплив як на центральну, так і на периферичну нервову систему. Різні прийоми масажу, спочатку діючи на шкіру за допомогою нервово-рефлекторних, гуморальних і механічних факторів, чинять вплив на весь організм. Масаж справляючи рефлекторну дію на м'язові елементи, закладені в стінках кровоносних судин, сприяє розподілу крові в судинному руслі, нормалізує тиск крові. Важливо знати, що на відміну від фізичних вправ масаж не викликає у м'язах збільшення кількості молочної кислоти і не веде до розвитку ацидозу. Під впливом масажу кислотно-лужна рівновага в крові не порушується. Цей факт дозволяє застосовувати так званий тренувальний масаж, який певною мірою заміняє тренування, що дуже важливо для відновлення загального стану і працездатності ослаблених хворобою пацієнтів. Енергійне розтирання, розминання й ударні прийоми на міжреберних м'язах призводять до поглиблення вдиху і видиху, а після масажу грудної клітки збільшується локальна вентиляція легень, особливо в погано вентильованих сегментах [11].

Таким чином, є висока верогідність підвищення ефективності впливу методики класичного масажу у поєднанні з ароматерапією.

Для оцінки ефективності поєднання двох методик на базі медичного центру «Лінія життя», нами було проведене дослідження ефективності поєднання двох методик. У дослідженні прийняли участь дві групи пацієнтів, по 6 пацієнтів з постковідним синдромом. В першій групі (контрольній) використовували тільки класичний масаж. В другій – використовували ароматичне масло римської ромашки разом з маслом – носієм під час проведення класичного масажу. Проводили масаж три рази на тиждень на протязі місяця. Кожна процедура надавала ефект зменшення больових відчуттів у суглобах та попереку, сприяли відновленню сна, покращенню загального стану, і, як результат, покращенню настрою і відновленню після хвороби.

У другій групі у порівнянні з першою на 25% краще пройшло відновлення загального стану і на 20% зменшились прояви больових відчуттів після закінчення курсу.

Висновки.

1. За даними багатьох наукових досліджень вплив ароматерапії, класичного масажу на пацієнтів з неврологічними та психоемоційними змінами сприяє відновленню стабільної роботи нервової системи.
2. Опимальний варіант є поєднання впливу аромамасла під час виконання класичного масажу.
3. Поєднання впливу ароматерапії з класичним масажем на пацієнтів з постковідним синдромом сприяло підвищенню ефективності у порівнянні з впливом класичного масажу. Сприяло відновленню загального стану пацієнтів і зменшенню проявів больових відчуттів після закінчення курсу.
4. Запропоновану методику можна рекомендувати для використання у реабілітації у пацієнтів з постковідним синдромом.

Література.

1. <https://focus.ua/ukraine/471754-v-ukraine-planiruyut-reabilitaciyu-bolnyh-s-postkovidnym-sindromom>
2. <https://cdsdoc.com.ua/news/postkovidniy-sindrom/>
3. Козуля С. В. Применение композиции эфирных масел «Полиол» в сплитсистемах, снабженных дезодорирующим фильтром, для снижения реактивной тревожности у пациентов, ожидающих приема врача / С. В. Козуля, Ю. В. Бобрик, А. Ф. Пьянков, А. Г. Адамович // Матер. VI межд. научн. конгр. «Современная курортология: проблемы, решения, перспективы». Под ред. Г. Н. Пономаренко; 23–24 апреля 2013 года, г. С.– Петербург.– СПб, 2013.– С. 93–94.
4. Кудряшова Л. В. Ароматерапия. Теория и практика.– Тверь: Издательство ГЕРС, 2010.– 464 с.
5. Применение ароматерапии в комплексном лечении больных неврозами / [Решетило Е.С., Трунина Н. Ю., Гольдман В. А., Завадская С. С.] // Использование природных биорегуляторов в практической медицине: тезисы докл. науч.– практ. конф.– Ялта, 1995.– С. 18–19.

6. Райман Д. Лекарственные ароматические травы и масла от А до Я. Пер. с англ.– М.: Рипол классик, 2011.– 240 с.
7. Солдатченко С.С., Кащенко Г.Ф., Головкин В.А., Гладышев В.В. Полная книга по ароматерапии. Профилактика и лечение заболеваний эфирными маслами. 2-е изд. доп. и перераб.- Симферополь: Таврида, 2007.– 592 с.
8. Царев А. Ю. Вакуум-массаж и ароматерапия в лечении больных с начальными проявлениями недостаточности кровообращения мозга сочетанного генеза / А. Ю. Царев // Вопр. курортол., физиотерапии и ЛФК.– 2000.– № 4.– С. 17–19.
9. Царев А. Ю. Влияние композиции эфирных масел Крыма на функциональное состояние головного мозга больных церебральным атеросклерозом / А. Ю. Царев, Е. Д. Бойко, С. В. Словеснов // Вестн. физиотерапии и курортол.– 2003.– № 2.– С. 66.
10. Ященко С.Г. Изменения адаптационного потенциала у иностранных студентов, обучающихся в КГМУ / С. Г. Ященко // Таврический мед.– биол. вестник.– 2003.– Т. 6.– С. 145–148.
11. Єфіменко П.Б., Канищева О.П., Без'язична О.В. Масаж дітей та дорослих різного віку : навчальний посібник. Харків: ФОП Бровін О.В., 2021. 304 с.
12. Ballard CG, O'Brien JT, Reichelt K, et al.: Aromatherapy as a safe and effective treatment for the management of agitation in severe dementia: the results of a double-blind, placebo-controlled trial with Melissa. J Clin Psychiatry 63 (7): 553–8, 2002. [PUBMED Abstract]
13. Gray SG, Clair AA: Influence of aromatherapy on medication administration to residential-care residents with dementia and behavioral challenges. Am J Alzheimers Dis Other Demen 17 (3): 169–74, 2002 May-Jun.
14. Hadfield N: The role of aromatherapy massage in reducing anxiety in patients with malignant brain tumours. Int J Palliat Nurs 7 (6): 279–85, 2001. [PUBMED Abstract]

15. Itai T, Amayasu H, Kuribayashi M, et al.: Psychological effects of aromatherapy on chronic hemodialysis patients. *Psychiatry Clin Neurosci* 54 (4): 393–7, 2000. [PUBMED Abstract]
16. Kohara H, Miyauchi T, Suehiro Y, et al.: Combined modality treatment of aromatherapy, footsoak, and reflexology relieves fatigue in patients with cancer. *J Palliat Med* 7 (6): 791–6, 2004. [PUBMED Abstract]
17. Louis M, Kowalski SD: Use of aromatherapy with hospice patients to decrease pain, anxiety, and depression and to promote an increased sense of well-being. *Am J Hosp Palliat Care* 19 (6): 381–6, 2002 Nov-Dec. [PUBMED Abstract]
18. Motomura N, Sakurai A, Yotsuya Y: Reduction of mental stress with lavender odorant. *Percept Mot Skills* 93 (3): 713–8, 2001. [PUBMED Abstract]
19. Perry N, Perry E: Aromatherapy in the management of psychiatric disorders: clinical and neuropharmacological perspectives. *CNS Drugs* 20 (4): 257–80, 2006. [PUBMED Abstract]
20. Smallwood J, Brown R, Coulter F, et al.: Aromatherapy and behaviour disturbances in dementia: a randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 16 (10): 1010–3, 2001. [PUBMED Abstract]
21. Snow LA, Hovanec L, Brandt J: A controlled trial of aromatherapy for agitation in nursing home patients with dementia. *J Altern Complement Med* 10 (3): 431–7, 2004. [PUBMED Abstract]
22. Tisserand R: Essential oils as psychotherapeutic agents. In: Van Toller S, Dodd GH, eds.: *Perfumery: The Psychology and Biology of Fragrance*. New York, NY: Chapman and Hall, 1988, pp 167–80. [PUBMED Abstract]
23. Wilkinson SM, Love SB, Westcombe AM, et al.: Effectiveness of aromatherapy massage in the management of anxiety and depression in patients with cancer: a multicenter randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 25 (5): 532–9, 2007. [PUBMED Abstract]

МАСАЖ ОБЛИЧЧЯ – НЕВІД’ЄМНА ЧАСТИНА ЖИВЛЕННЯ ШКІРИ

Федяй І.О.

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. Виявлено, що масаж – дієвий засіб позитивного впливу на фізичний та психічний стан людини. Визначено, що масаж обличчя сприяє живленню шкіри та підшкірних тканин, підвищенню їхньої пружності, усуненню набрякlosti, уповільненню старіння і зменшенню його видимих ознак.

Ключові слова: масаж, обличчя, різновиди масажу.

Abstract. It was found massage is an effective means of positive impact on the physical and mental state of a person. It has been determined that facial massage helps to nourish the skin and subcutaneous tissues, increase their elasticity, eliminate puffiness, slow down aging and reduce its visible signs.

Key words: massage, face, types of massage.

Вступ. Масаж – один із найдавніших методів лікування, користь якого доведено науково. Він є механічним впливом на поверхневі тканини, який безпосередньо або рефлекторно через нервові закінчення стимулює місцевий кровообіг, обмінні процеси, покращує відтік лімфи. Така косметична процедура цілюще впливає на весь організм, сприяє глибокому розслабленню, нормалізації кров’яного тиску, та навіть допомагає позбутися головного болю. Існують різні види масажу обличчя, але всі вони мають одну мету – поліпшення зовнішнього вигляду через оздоровлення поверхневих тканин [1,5].

Масаж – це механічний, дозований, методичний вплив на поверхнево розташовані м’які тканини, який використовує сукупність масажних прийомів у вигляді тертя, тиску, вібрації і виконується безпосередньо на поверхні тіла людини, як руками, так і спеціальними апаратами [6].

Мета дослідження: виявлення та ознайомлення з найбільш значимими різновидами масажу обличчя.

Завдання:

1. Вивчити літературні джерела та ознайомити з поняттям масажу обличчя та його видами.
2. Визначити ефективність різновидів масажу на шкіру обличчя.

Хід дослідження та обговорення результатів. Попри простоту, масаж взагалі, а особливо масаж обличчя, потребує правильного підходу та дотримання техніки його проведення. В іншому разі можна отримати зворотний результат – розтягнуту шкіру, травмовані мікросудини та інші неприємності. Щоб цього уникнути, слід дотримуватися загальних правил:

1. Обов'язково зважати на протипоказання (запалення, акне, купероз, інфекційні захворювання, порушення цілісності шкірного покриву, алергічні шкірні прояви тощо).
2. Проводити масаж у комфортних умовах, зокрема температурних, що необхідно для розслаблення м'язів обличчя.
3. Очищати шкіру обличчя перед початком процедури.
4. Виконувати масажні рухи по масажних лініях (найменшого натягу шкіри).

Шкіра – це складний орган, який є зовнішнім покривом тіла, виконуючий захисні і різноманітні фізіологічні функції (дихальну, абсорбуючу, видільну, пігментностворюючу). Масаж справляє на шкіру різноманітний вплив. Він покращує трофічні процеси в шкірі, очищує шкіру від злущених клітин епідермісу. Стимулює секреторну функцію потових і сальних залоз. Гарно впливає масаж на шкірно-м'язовий тонус. Прогладжування та інші масажні прийоми покращують скорочувальну функцію шкірних м'язів, сприяючи її еластичності та пружності [2,7].

Масаж дає змогу отримати зміни тоді, коли проводиться регулярно, курсами. Разова процедура, навіть дуже якісна й успішна, не забезпечить навіть трохи довгострокового результату. Найбільш розповсюджені системи масажу обличчя це класична та японська. Серед яких найчастіше проводять різновиди: лікувальний, пластичний та лімфодренажний.

Класичний масаж обличчя – найпростіша і найпоширеніша система, яка в залежності від інтенсивності, може надавати терапевтичного або релаксуючого впливу. Він може бути спрямований на покращення психофізичного стану пацієнта, використовується для профілактики і лікування багатьох захворювань. Такий засіб догляду за шкірою виявляє знеболюючу дію, покращує обмінні процеси в тканинах, відновлює тонус м'язів, підвищує їхню гнучкість і еластичність. Основні прийоми – м'які та обережні розтирання, розминання та погладжування кінчиками пальців. Під час такої процедури рекомендується використовувати спеціальні масажні креми для обличчя або олію.

Класичний масаж обличчя – це завжди актуальний засіб для усунення невеликих дефектів. Його ефект можна порівняти з деякими пластичними операціями або комплексними програмами омолодження шкіри. На відміну від них масаж не викликає серйозних ускладнень, а результат не має необоротних наслідків. Загальний стан здоров'я людини від м'яких маніпуляцій на обличчі також не страждає [2,3,7].

Пластичний масаж обличчя ще називають скульптурним, або міофасціальним. Щоб зрозуміти його суть, нагадаємо будову обличчя. Під шкірою міститься жирова клітковина, під клітковиною – м'язи та фасції. Фасціями називають листи сполучної тканини, які відокремлюють м'язи від інших тканин і один від одного. Так, міофасціальний масаж обличчя впливає не лише на поверхневі, а й на глибокі тканини. М'язи та фасції формують структуру обличчя, саме порушення в глибоких тканинах спричиняють найбільш виражені зовнішні ознаки старіння, тому правильний вплив на них має виражений антивіковий ефект, який можна порівняти з хірургічним підтягуванням обличчя.

Рекомендується для відновлення тьмяної, зморшкуватої шкіри, при зниженні тонуsu лицьових м'язів, за наявності глибоких зморшок, судинної сітки, вікової пігментації. Техніка масажу передбачає досить інтенсивний вплив

на шкіру, використання ритмічних, рухів із натиском уздовж масажних ліній. Вони сприяють активізації кровотоку і нормалізації метаболічних процесів.

Пластичний масаж виконує лише кваліфікований медичний фахівець, який пройшов навчання. Аматорські спроби пов'язані з високим ризиком ушкодження тканин [1,8].

Лімфодренажний масаж. Функцією лімфи є очищення, вона видаляє від органів непотрібні продукти обміну речовин і різноманітні токсини, доставляє їх у лімфатичні вузли, де вони нейтралізуються. Застій лімфи проявляється набряклістю і нездоровим кольором обличчя, мішками під очима, сприяє появі на шкірі запальних елементів [3,4].

Лімфодренажний масаж – різновид лікувального масажу, який спрямований на відновлення лімфотоку. Всі рухи в ньому виконуються за ходом руху лімфи в лімфатичних судинах, від органів до лімфовузлів. Такий вплив усуває набряклість, підтягує тканини обличчя, забезпечує відчуття свіжості, після курсу масажу поліпшується структура шкіри, зникають дрібні шкірні проблеми, оскільки з тканин ефективніше виводяться токсини. Обличчя на вигляд стає схудлим та молодшим, хоча зміни викликані не зменшенням жирового прошарку, а видаленням надлишку рідини та поліпшенням обмінних процесів.

Виконується у відділеннях косметичної й естетичної медицини. Він часто поєднується з іншими процедурами для обличчя, такими як мезотерапія. Під час процедури використовуються м'які, повільні рухи. Результати, яких дозволяє досягти цей метод догляду за шкірою, – це свіже, підтягнуте обличчя. Через кілька сеансів помітно покращується колір шкіри, усуваються мішки і кола під очима. Крім косметичного ефекту масаж виявляє розслаблюючу та відновлювальну дію [1,8].

Японськими називають відразу декілька методик масажу родом із Країни Вранішнього Сонця. Найбільш популярна техніка, запропонована Юкуко Танака, яка називається Асахі або Зоган – один із варіантів лімфодренажного самомасажу. Дві інші методики – це Кобідо та Шіацу. Обидві засновані на

акупресурному впливі. У разі Шіацу зусилля спрямовані на видалення з тканин молочної кислоти, яку творець техніки, японський лікар Токуїро Намікоші, вважає основною причиною напруження м'язів і, як наслідок, утворення зморшок. Метою Кобідо є емоційна рівновага, поліпшення підшкірного кровопостачання, усунення м'язового напруження та зрештою антивіковий ефект [8].

Лікувальний масаж рекомендується за наявності таких дефектів шкіри: прищі, вугрі, шрами, інфільтрати, ділянки із потовщеним епідермісом, себорея. Один із найпоширеніших різновидів лікувального масажу – щипковий (масаж Жаке). Під час сеансу використовуються такі рухи, як погладження, пощипування, розтирання і вібрація. Інтенсивні рухи виконуються при захопленні також підшкірної тканини [2,4,6].

Висновки.

1. Масаж є одним з основних засобів відновлення шкіри обличчя, який до того ж корисний для здоров'я людини.
2. Проведене спостереження дозволило переконатися в ефективності різновидів масажу на шкіру обличчя в цілому.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямі будуть спрямовані на порівняння застосування різних видів масажу обличчя для виявлення ефективності живлення шкіри.

Література.

1. Александрович Б. Массаж лица. Секреты молодости кожи / Б. Александрович. – СПб.: Амфора, 2012. – 47 с.
2. Бирюков А.А. Лечебный массаж: учебник для студентов высших заведений / А.А. Бирюков. – М.: Издательский центр «Академия», 2007. – 368 с.
3. Васичкин В.И. Сегментарный массаж / В.И. Васичкин. – Ростов н/Д: Феникс, 2008. – 312 с.
4. Єфіменко П.Б. Техніка та методика класичного масажу: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / П.Б. Єфіменко. – 2-е вид., перероб. й доп. – Х.: ХНАДУ, 2013. – 296 с.

5. Єфіменко П.Б. Інноваційний підхід до навчального процесу при вивченні лікувального масажу майбутніми реабілітологами / П.Б. Єфіменко // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія № 15. «Науково-педагогічні проблеми фізичної культури»: Фізична культура і спорт / За ред. Г.М. Арзютова. – К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2015. – Випуск 3К2 (57)15. – С. 123–126.

6. Мухін В.М. Фізична реабілітація: підручник / В.М. Мухін. – Київ: Олімпійська література, 2005. – 470 с.

7. Фокин В.Н. Полный курс массажа: учебное пособие / В.Н. Фокин. – М.: ФАИР-ПРЕСС, 2005. – 512 с.

8. Чизу Саеке. Японская революция по уходу за кожей. Совершенная кожа в любом возрасте / Саеке Чизу. – М.: Эксмо ООО, 2016. – 128 с.

МЕТОДИКА ЛІКУВАЛЬНОГО МАСАЖУ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ХРЕБТА В ПОЄДНАННІ З ЗАХВОРЮВАННЯМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ

Філак Я. Ф, Філак Ф. Г.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Анотація. Обстежено 20 хворих на остеохондроз хребта в поєднанні з гастродуоденальною патологією. Доведена ефективність щодо застосування методики лікувального масажу, який спрямований на покращання клінічних показників захворювань травної системи, хребта, нормалізацію амплітуди рухів.

Ключові слова: остеохондроз хребта, виразкова хвороба 12-палої кишки, лікувальний масаж, гастродуоденальна зона, амплітуда рухів.

Abstract. 20 patients with osteochondrosis of the spine in combination with gastroduodenal pathology were examined. The effectiveness of the method of therapeutic massage, which is aimed at improving the clinical indicators of diseases

of the digestive system, spine, normalization of the amplitude of movements.

Key words: osteochondrosis of the spine, peptic ulcer of the duodenum, therapeutic massage, gastroduodenal area, range of motion.

Вступ. За даними статистики, від болю в спині, зокрема остеохондрозом страждає більше половини дорослого населення Землі, а поширеність в індустріально розвинених країнах становить 60–80%. Захворювання, обумовлене багатьма чинниками. При цьому захворюванні відбувається ураження міжхребцевих дисків і інших тканин хребта. Частіше в молодому віці спостерігається легка форма остеохондрозу хребта і, можливо через це по медичну допомогу звертаються лише 10-12% хворих. В останніх існує ряд неправильних психологічних установок на хворобу "скоро само пройде, чого даремно до лікарів ходити". Деякі сучасні дослідники небезпідставно вважають, що остеохондроз не захворювання, а пристосовна реакція хребта на неправильний розподіл навантажень, що виникають під час рухів [1, 4].

Механізм розвитку остеохондрозу є добре вивченим. Він характеризується дегенерацією дисків, втратою ними вологи, висиханням ядра і розпадом його на окремі фрагменти. Фіброзне кільце втрачає ефективність, розм'якшується, виснажується, а в диску утворюються тріщини, розриви та щілини, у які можуть спрямовуватись секвестри ядра, які зазвичай випинають у хребетний канал. Дегенеративний процес поширюється на тіла суміжних хребців: субхондральний шар склерозується, під впливом хронічного подразнення починаються явища реактивного репаративного порядку у вигляді розростання кісткової тканини хребця [2].

Важчим є перебіг остеохондрозу хребта, якщо він поєднується з захворюванням гастродуоденальної зони. Епідеміологічні дослідження показують, що виразкова хвороба шлунка і 12-палої кишки займає одне з провідних місць серед хвороб органів травлення і є однією з розповсюджених форм гастроентерологічної патології у лікарській практиці. Інтерес до проблеми виразкової хвороби шлунка та 12-палої кишки зумовлений не тільки широким поширенням даної патології органів травлення, але й відсутністю

достатньо надійних методів лікування при остеохондрозі хребта, які зводять до мінімуму можливість рецидиву захворювання. Протягом всього цього життя виразковою хворобою страждає до 20% дорослого населення. Кожен рік в Україні на диспансерному обліку знаходиться більше 1 млн. хворих на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки. Це зумовлено дією несприятливих факторів зовнішнього середовища на організм людини, неадекватними методами їх лікування і профілактики. Виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки вражає людей у найбільш працездатному віці - від 20 до 50 років і є не тільки медичною, але й соціальною проблемою [3,4].

Літературні дані свідчать про те, що в останні роки велика увага приділяється етапному лікуванню та реабілітації пацієнтів на виразкову хворобу шлунку та дванадцятипалої кишки і набагато частіше діагностують остеохондроз хребта, при цьому істотне значення надається лікувальній фізичній культурі, лікувальному масажу, що є важливою складовою частиною реабілітаційних заходів на всіх етапах лікування.

Мета – удосконалити та науково обґрунтувати вплив лікувального масажу в комплексній реабілітації осіб з остеохондрозом хребта в поєднанні з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки в умовах санаторію.

Завдання дослідження:

1. Обґрунтувати методику лікувального масажу у хворих на виразкову хворобу 12-палої кишки в поєднанні з остеохондрозом хребта.
2. Перевірити ефективність запропонованої методики масажу при поєднаних патологіях.

Хід дослідження та обговорення результатів. Ми провели спостереження у 20 хворих віком від 30 до 45 років, з них 16 чоловіків і 4 жінки у яких діагностовано остеохондроз хребта та виразкова хвороба 12-палої кишки. Пацієнти були детально обстежені і проходили амбулаторне лікування у поліклінічному відділенні №1 м. Ужгорода. За даними опитування, 90,0% пацієнтів скаржилися на болі в поперековому і грудному відділах хребта,

обмеження рухливості хребта відзначали 70,0% хворих, голодні болі в епігастральній ділянці, які зменшуються або зникають після прийому їжі відзначали 60,0% осіб. Із них у 50% осіб відзначали іррадіацію болів в спину на рівні D₅ - D₉. Крім болю пацієнти скаржились печію, нудоту, яку відзначали відповідно 70,0% хворих. Ці симптоми свідчать про порушення евакуації шлункового вмісту внаслідок тривалого спазму, порушення перистальтика і вираженого запального набряку пілоруса або цибулини дванадцятипалої кишки та рубцевих змін.

При проведенні лікувального масажу у пацієнтів з поєднанням остеохондрозу хребта з виразковою хворобою 12-палої кишки головним завданням було зниження тонусу напружених м'язів і збільшення скорочувальної здатності ослаблених м'язів хребта, збільшення рухливості хребта; нормалізація тонусу ЦНС та кортико-вісцеральних взаємовідносин, усунення або зменшення болю, нормалізація секреторної і моторної функції шлунку і кишечника, активізація крово- і лімфообігу, обмінних, трофічних процесів у шлунку і в дванадцятипалій кишці, зміцнення м'язів живота, трофічних і регенеративних процесів та усунення невралгічних проявів остеохондрозу.

При проведенні масажу спини використовували вихідне положення пацієнта - лежачи на животі. Враховуючи патологію травної системи масажні рухи були щадними в повільному темпі не викликаючи вираженої рефлекторної дії. Застосовували основні і допоміжні прийоми класичного масажу: погладжування, розтирання, розминання, вібрацію. Напрямок рухів – по масажних лініях від крижів і гребенів клубових кісток угору паралельно остистим відросткам хребців по найширшому м'язі спини до надключичних ямок, до пахви і вниз до пахових ділянок. Від верхньощийної ділянки рухи рук спрямовують до надключичних ямок і пахви. Починали масаж спини з поверхневого і глибокого погладжування двома руками або з обтяженням. Охоплюють погладжуванням також бічні поверхні тіла, зовнішні краї найширших м'язів. Розтирання поздовжнє, поперечне колове, зигзагоподібне,

двома руками, а також з обтяженням. Кінчиками пальців в циркулярних напрямках. і штрихування в ділянці остистих відростків, крижів, внутрішнього краю і кута лопатки. Розтирання ліктьовим краєм кисті руки або основою долоні паравертебральних зон, гребенів клубової кістки, найширших м'язів спини та трапецієвидних м'язів. Розтирання ліктьовим краєм кисті внутрішніх країв і кута лопатки, для чого руку пацієнта слід перемістити за спину. Розминання м'язів спини починали від потилиці в напрямку до плечей. Потім рух кистей рук до шиї і трапецієвидного м'язу на плечовий пояс. Розминання поздовжнє, поперечне обома руками найширших м'язів спини та трапецієподібних м'язів. Надавлювання основою долоні в ділянці паравертебральних зон, найширших м'язів спини. Щадним методом діяли на більш глибокої м'язи вздовж хребта, надаючи достатній тиск, рух кистей рук був направлений вздовж усього хребта, зміщуючи шкіру. На поперековій ділянці масажні рухи виконували обома руками від крижів і клубових гребенів у напрямку до пахових лімфатичних вузлів.

Подразнення від внутрішніх органів передається на спинномозкові сегменти. Взаємозв'язок між внутрішніми органами і сегментами спинномозкової інервації є основою для використання сполучнотканниного масажу. Спостереження показали, що при захворюваннях травної системи відбуваються зміни в сполучній тканині, що проявляється в обмежені рухливості шкіри і підшкірної клітковини по відношенню до фасцій, а також болючість над цими зонами, при пальпації, щільність, набряк. Базуючись на клінічних спостереженнях в сполучній тканині, ми провели сполучнотканинний масаж. . Сполучнотканинний масаж застосовується при різних захворюваннях внутрішніх органів, а також при патології опорно-рухового апарату. Здійснюючи дію на патологічно змінену тканину в цих зонах, ми викликали відповідну реакцію з боку травної системи, яка виражається у збільшенні кровотоку і обміну речовин. Всі маніпуляції виконують по лінії Бенігофа.

Масаж при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки ввикористовували в стадії ремісії при відсутності болючості при пальпації і інших симптомів

загострення. При гіперсекреції і виразковій хворобі потрібно діяти на ділянку тулуба лише після усунення напруги на задній поверхні тіла, в першу чергу в максимальних точках на спині у хребта в ділянці сегментів D₇ – D₈ і у нижнього кута лопатки і в ділянці сегментів D₄ – D₅. Якщо цього не дотримуватися, може наступити погіршення стану пацієнта. Метою його є дія на рефлекторні зони спини і грудної клітини, ділянку шийних симпатичних вузлів і шлунка, а саме на паравертебральні зони спинномозкових сегментів T₉ – T₅, C₃ – C₇.

При проведенні сполучнотканинний масажу дотримувались наступних правил:

а) в перші дні масажували паравертебрально місця виходів нервових корінців в ділянці спини (від куприка до шийного відділу хребетного стовпа);

б) оскільки при масажі впливали на тканини пошарово (шкіра, підшкірна сполучна тканина), у міру зняття напруги (болю) переходили до більш глибокого масажу;

в) при масажі напружених тканин сильне розтягування (зміщення) або тиск не застосовували;

Починали сполучнотканинний масаж зі спини (паравертебральні зони) - від крижів вгору до шийного відділу хребта, потім масажували нижні кінцівки, плечовий пояс. Починали зі здорових тканин з переходом на болючі. Масажні рухи пальцями були м'якими, без поштовхів, що сприяло заспокійливому впливу на масовану ділянку. І чим м'якше і поверхневіше виконуються рухи, тим більше виражений заспокійливий ефект. Використовували прийоми:

а) прийом подовжений штрих, який виконували долонними поверхнями двома руками із зсуванням і зміщенням масованих тканин, рухаючись по даному сегменту. Напрямок від крижів до шийного відділу вздовж паравертебральних ліній. При зміщенні масованих тканин спостерігається зсування «блока» ущільнення.

б) прийом короткий штрих виконували кінцевими фалангами III – IV пальців. На спині фіксували справа від хребта в I пальцем відповідний остистий відросток, а решта пальців (II по V), які розміщені на боковій аксиллярній лінії,

виконували рухи, що направлені до хребта. У конкретній лінії Бенігофа виконують по 7 – 8 рухів залежно від показань.

в) прийом довгий штрих виконували всією поверхнею I пальця, який відведений під прямим кутом до решти пальців (II – V). При цьому зусилля нарощували поступово. Виконували по лінії Бенігофа

Прийом «ролика-валика» полягає в тому, що перші пальці обох кистей знаходяться під кутом 90° до інших пальців (з II по V). Застосовують тільки на спині з урахуванням розташування лінії Бенігофа. Всі рухи спрямовані до хребетного стовпа. Загалом тривалість масажу 20 – 25 хвилин.

Масаж врівноважує основні нервові процеси в центральній нервовій системі, поліпшує нервово-гуморальну регуляцію травних процесів, покращує і нормалізує порушену хворобою функцію вегетативної нервової системи, діє знеболююче, заспокійливо, позитивно позначається на нервово-психічному стані хворого. Така комбінована методика масажу рефлекторно впливала на секреторну функцію органів травлення, змінювала тонус м'язів порожнистих органів. Залежно від застосованих прийомів масаж може підсилювати або послаблювати перистальтику шлунку та кишок, діяти спазмолітично або стимулююче і таким чином сприяти нормалізації видільної, рухової та евакуаторної функцій. Така методика сприяла активізації крово- і лімфо обіг в черевній порожнині, покращувала мікроциркуляцію, обмінні і трофічні процеси в стінці шлунку і кишок, що зменшує запалення і позитивно впливає на процес загоєння виразок.

Після проведеного курсу масажу, який тривав 15 процедур, поряд із покращенням клінічної картини, відзначається зменшення середніх показників інтенсивності болю зменшилися з $4,26 \pm 0,54$ до $1,17 \pm 0,40$ балів. Також відзначається позитивна динаміка показників гнучкості хребта при розгинанні тулуба із вихідного положення лежачи на животі. Середнє значення гнучкості хребта після курсу масажу збільшилися на $45,3 \pm 6,1^\circ$ в порівнянні з початковим станом.

Висновки:

1. На основі проведення аналізу спеціальної літератури можна зробити висновок, що у осіб працездатного віку поєднання осьстеохондрозу хребта і гастродуоденальної зони зустрічається у 60,0% пацієнтів що становить собою серйозну проблему для дорослого населення, зумовлює численні ускладнення та призводить до тривалої втрати працездатності.

2. Застосування комбінованої методики лікувального масажу при поєднанні остеохондрозу хребта з гастродуоденальною патологією є ефективним методом прискорення одужання: зменшилась тривалість перебування пацієнтів на амбулаторному лікуванні,

Перспективи подальших досліджень. У подальшому передбачається дослідження віддалених результатів, а саме тривалості ремісії.

Література

1. Белая Н.А. Лечебная фізкультура и массаж : учебно-методическое пособие для медицинских работников / Н.А. Белая. – М.: Советский спорт, 2001. – 272 с.

2. Данилов И.М. Остеохондроз для профессионального пациента. – К.: Аллатра, 2013. – 416 с.

3. Григор'єв П.Я та ін. Хвороби органів травлення (діагностика і лікування): Б-ка практичного лікаря. Суттєві питання внутрішньої медицини /П. Я. Григор'єв, Є. М. Стародуб, Є. П. Яковенко, М. Є. Гаврилюк, С. Є. Шостак. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 448 с.

4. Пешкова О.В. Фізична реабілітація при захворюваннях внутрішніх органів / О.В. Пешкова. - Харків: СПДФО Бровін О.В., 2011.-312 с.

5. Попадюха Ю.А. Сучасні комп'ютеризовані комплекси та системи у технологіях фізичної реабілітації: Навч. посіб. / Ю.А. Попадюха. – К.: Центр учбової літератури, 2017. – 300 с.

6. Філак Я.ф., Філак Ф.Г. Масаж і нетрадиційний масаж: підручник / Я.Ф.Філак, Ф.Г. Філак – Ужгопрод: ФОП Сабов А. М. – 2015. – 336 с.

ЗМІСТ

Без'язична О.В., Мансиров Асіф Баглар огли, Гребеник В.Д. Міофасціальний реліз як засіб втручання при хронічному вертеброгенному попереково-крижовому болю	3
Брелюс Г.М. Лімфодренажний масаж за Емілем Воддером при хронічній венонній недостатності нижніх кінцівок внаслідок варикозної хвороби...	10
Єфіменко П.Б., Каніщева О.П. Моніторинг методичних підходів до масажу при остеохондрозі хребта різної локалізації	18
Жукова Л.Б. Реліфтінг масаж обличчя та шиї в програмі омолодження жінок середнього віку	28
Каніщева О.П., Єфіменко П.Б. Самомасаж, як засіб відновлення рухомості грудної клітки після перенесення певних захворювань легень.....	31
Корж Ю.М., Корж З.О., Фоменко Д.О. Комплексний підхід під час впровадження масажної технології для підлітків 12-14 років зі сколіозом.....	38
Манучарян С.В., Білецька О.М., Мреісат Хаді. Поєднаний вплив масажу і тейпування при латеральному постнавантажувальному епікондиліті.....	46
Осіпов В.М, Миркалова А. Особливості процедури мануального масажу при поступальних порушеннях опорно-рухового апарату.....	54
Полковник-Маркова В.С., Мустафа Рассам. Масаж у комплексі реабілітаційних заходів при лордотичній поставі у дітей молодшого шкільного віку	60
Руденко Р.Є., Малиш Н.А. Обґрунтування нозологічно-орієнтованої методики корекційного масажу для спортсменів з інвалідністю.....	65
Сомова К.В. Можливості поєднання ароматерапії і класичного масажу для впливу на зміни психічного і фізіологічного стану пацієнтів з постковідним синдромом.....	73
Федяй І.О. Масаж обличчя – невід'ємна частина живлення шкіри	81
Філак Я. Ф, Філак Ф. Г. Методика лікувального масажу при остеохондрозі хребта в поєднанні з захворюванням гастроуденальної зони	86

Наукове видання

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОГО МАСАЖУ
XII міжнародна науково-практична інтернет-конференція

23-24 квітня 2021 року

Збірник статей

Упорядник: проф. Єфіменко Павло Богуславович

*За достовірність представлених у збірнику матеріалів
відповідальність несуть автори*



медицинский центр доктора
БУБНОВСКОГО