



ХІІІ МІЖНАРОДНА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА ІНТЕРНЕТ-КОНФЕРЕНЦІЯ

АКТУАЛЬНІ
ПИТАННЯ
СУЧАСНОГО
МАСАЖУ

29-30 квітня 2022



ХАРКІВСЬКА ДЕРЖАВНА АКАДЕМІЯ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ДЕРЖАВНИЙ БІОТЕХНОЛОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ЦЕНТР «REFIT»
МЕДИЧНИЙ ОЗДОРОВЧИЙ ЦЕНТР «FORTIS»



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОГО МАСАЖУ

XIII міжнародна науково-практична інтернет-конференція

29 – 30 квітня 2022 р.

Збірник статей

Харків – 2022

УДК 61.8(08)
А 43

Актуальні питання сучасного масажу // Збірник статей XIII міжнародної науково-практичної інтернет-конференції, 29-30 квітня 2022 р., ХДАФК, 2022. – 115 с.
(Укр., англ.)

Конференцію зареєстровано Державною науковою установою
«Український інститут науково-технічної
експертизи та інформації»
Посвідчення № 767 від 22 вересня 2021 р.

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

Редакційна колегія:

Мулик В.В. – доктор наук з фізичного виховання та спорту, 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, завідувач
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.

У збірнику представлено статті з актуальних питань сучасного масажу, що застосовується у галузі оздоровлення, лікування, фізичної реабілітації та спорту. Розглядаються питання масажу спортивних коней. 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, 2022

ЗМІСТ

Брелюс Г.М. Застосування методів Су-джок терапії при блокуванні болю різної етіології	5
Грохова Г.П., Кондратьєв І.В. Самомасаж в режимі дня студентів з інвалідністю, як засіб адаптивної фізичної рекреації.....	11
Єфіменко П.Б., Пустовойт Б.А., Каніщева О.П. Спортивний масаж, як засіб збереження форми спортсмена під час консервативного лікування та фізкультурно-спортивної реабілітації після травм колінного суглоба.....	16
Єфіменко П.Б., Каніщева О.П. Холістичний пульсаційний самомасаж тканин з порушенням кровопостачання у чоловіків старше 40 років в умовах вимушеної тривалої гіподинамії.....	23
Корж Ю.М., Корж З.О. Методика масажу гуаша на мімічних м'язах.....	32
Манучарян С.В., Сивенко О.Л., Білецька О.М., Шевченко Н.І., Матар Алі Логопедичний масаж як засіб в комплексній реабілітації пацієнтів з порушенням функції мовлення в наслідок черепно-мозкової травми.....	39
Медовець О.І. Застосування масажу при фізичній реабілітації спортсменів з болем у нижній ділянці спини.....	49
Пашкевич С.А., Коленко А.А. Значення масажу в реабілітаційній програмі у жінок від 50 до 65 років після остеопоротичних переломів хребців.....	54
Петрушко М.П., Тарасенко М.В., Геворкова К.С. Застосування техніки компресійного масажу для профілактики та лікування закріпачення мускулатури спини коня.....	60
Полковник-Маркова В.С. Масаж у реабілітаційному менеджменті міофасціальних розладів щелепно-лицьової ділянки.....	66
Руденко Р.Є, Павлишин Н.А. Масаж у програмі фізичної терапії жінок з опущенням органів черевної порожнини.....	73
Сверчкова О.В., Малєєва Т.В. Масаж при дакриоциститі у новонароджених	79
Сивенко О.Л., Манучарян С.В., Калюжка А.А., Юссеф Ахмед Менеджмент стресу: застосування поєданого впливу самомасажу, дихальних вправ для саморегуляції стресових проявів	84
Сомова К.В. Можливості точкового масажу при безсонні	90

Федяй І.О., Гханамі Аіша

Масаж як порятунок від стресу та емоційного «вигоряння» у спортсменів.. 96

Філак Ф.Г., Філак Я.Ф.

Лікувальний масаж молодих осіб працездатного віку з остеохондрозом шийного відділу хребта..... 101

Філак Я.Ф.

Лікувальний масаж для хворих з захворюванням кишківника та вираженим остеохондрозом поперекового відділу хребта в умовах поліклініки. 109

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ СУ-ДЖОК ТЕРАПІЇ ПРИ БЛОКУВАННІ БОЛЮ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ.

Брелюс Г.М.

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. Вказано, що традиційна медицина в сучасному суспільстві в своїй основі застосовує велике різноманіття фармацевтичних засобів для лікування. Особливе місце серед цих засобів складає група знеболюючих препаратів, які, знижуючи больовий синдром, не усувають причину виникнення болю. Виявлено, що альтернативна медицина є зібранням різноманітних засобів нетрадиційних методів лікування. З'ясовано, що Су-Джок терапія використовує такі методи впливу на зони відповідності як прогрівання, масаж, насіння терапію.

Ключові слова: больовий синдром, Су-джок, нетрадиційні засоби.

Abstract. It has been stated that traditional medicine in its current use in its fundamentally stagnant basis has a great variety of pharmaceutical benefits for the treatment. A group of pain-relieving preparations, which reduce the pain syndrome, do not determine the cause of the pain, are especially useful in the midst of these measures. It has been shown that alternative medicine is used for the selection of various methods of non-traditional methods of healing. It's clear that Su-Jok vicorist therapy is the same method used to infuse into the zones of resilience like warming up, massage, seed therapy.

Key words: pain syndrome, Su-jok, non-traditional means.

Вступ. Біль, як відчуття, знайомий людству з моменту його виникнення. На сучасному етапі розвитку суспільства біль розглядається як одна із важливих проблем, яка має не тільки медичне значення, а й вагомі соціально-економічні наслідки. Поширеність хронічного болю у популяції становить приблизно 46%. У структурі як амбулаторного, так і стаціонарного неврологічного та ортопедичного профілю пацієнти з хронічним болем зустрічаються більш ніж 58%.

За визначенням багатьох провідних вчених різних напрямів лікування й реабілітації біль – це неприємні відчуття та емоційне переживання, які значно

погіршують якість життя людини. Дослідники з вивчення болю встановили, що больова інформація надходить у спинний мозок і стовбурові структури мозку від 3-х основних класів рецепторів: мономодальних механічних ноцицепторів, бімодальних механічних та термічних ноцицепторів. Ця інформація проходить тільки по тонким мієлінізованим волокнам А-дельта волокнам та немієлінізованим С-волокнам. Як показують численні сучасні дані, у людини та вищих ссавців існує розвинена антиноцицептивна система, уявлення про будову та роль якої зазнали суттєвих перетворень за останні роки. Звідси був зроблений висновок, що активізація антиноцицептивної системи пов'язана з виділенням ендогенних хімічних речовин з опіатоподібною дією [2, 4, 5].

Види болю розрізняють за механізмами розвитку, тривалості та інших характеристик. Насамперед, біль ділять на 4 види.

1. Короткочасний (транзиторний), який з'являється раптово на короткий проміжок часу, проходить самостійно і зазвичай не вимагає лікування.

2. Гострий, зумовлений найчастіше пошкодженням тканин. Це нормальна відповідь на надмірну механічну (тиск, стиск, удар), термічну (дуже високу або низьку температуру) або хімічну дію. При цьому виді болю причину можна виявити досить швидко. Основне лікування спрямоване на усунення наслідків ушкодження, а знеболювання є додатковим методом.

3. Підгострий, який діагностують у тих випадках, коли він триває від 2 до 6 місяців. У цьому вигляді больовий синдром більшою мірою обумовлений психологічним компонентом.

4. Хронічний, що виникає у відповідь на тяжке ураження або залучення до процесу певних структур нервової системи. Від гострого болю відрізняється не лише тривалістю понад 6 місяців, а й тим, що організм не може самостійно відновити свої функції. До нього відносять невралгії, головні, м'язові, тазові та інші болі.

Ступінь вираженості больових відчуттів з часом дедалі менше залежить від сили ушкоджуючого фактора, встановити органічну причину стає все складніше, і часто навіть поглиблене обстеження не дає результатів. Виникають додаткові симптоми: порушення сну, апетиту, депресивні переживання, розлади уваги, пам'яті тощо. Пацієнти часто змінюють знеболювальні

препарати, які перестають допомагати. А больовий синдром перетворюється на самостійну хворобу, лікування якої залежить від виду болю.

В даний час біль це серйозна клінічна проблема, що вимагає значних зусиль з боку лікарів щодо покращення якості та ефективності її терапії. Не дивно, що анальгетики являють собою одну із найбільш затребуваних категорій ліків. З іншого боку зростає кількість протипоказань при застосуванні лікарських засобів, а також їх непереносимість. Тому застосування альтернативних (немедикаментозних) засобів та методів усунення болю є актуальним завданням у медичній практиці. [3, 4, 5, 7, 8].

Серед альтернативних засобів усунення болю позитивно популярними є різноманітні рефлексотерапевтичні системи: сегментарно-рефлекторний масаж, акупунктура, акупресура, цубо-терапія, цзю-терапія, плантарний масаж, Су-джок терапія. Серед них за своєю ефективністю і доступністю позитивно виділяється Су-джок терапія. Яка здатна надавати навіть експрес допомогу

Мета дослідження. Теоретично обґрунтувати й практично довести ефективність застосування Су-джок терапії у блокуванні больових синдромів різної етіології

Хід дослідження та обговорення результатів.

Дослідження проводилось у Міській поліклініці №3 Харківської міської ради з січня 2019 р. до вересня 2021 р.

Пацієнтам, основною скаргою яких був біль різної етіології, пропонувалось пройти курс Су-джок терапії, який складав 10 сеансів. Маніпуляції проводили кожного дня або через день, з навчанням для самостійного проведення після курсу терапії в лікарняному закладі.

Пацієнти оцінювали інтенсивність болю, що відчувається суб'єктивно, використовуючи числову оцінну шкалу від 0 до 10.

Враховуючи, що методи Су-джок терапії можуть дати досить швидкий ефект, проводилося дослідження виразності регресії больового синдрому в процесі курсу лікування. Через різні проміжки часу після початку лікування пацієнт оцінював у відсотковому відношенні, наскільки зменшилися його больові відчуття порівняно з вихідним станом, прийнятим за 100%.

На сеансах використовувались наступні методи Су-джок терапії: масаж спеціальним щупом біологічно активних точок та зон відповідності (рис. 1); прогрівання полиновими сигарами (рис. 2) та мінімоксами, магнітотерапія, насіннятерапія [1, 6, 7, 8].

Рис. 1. Масаж зони відповідності в системі Су-джок

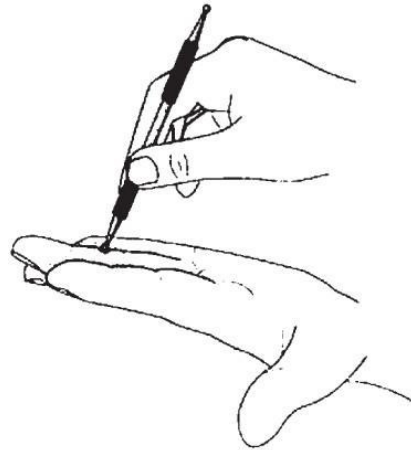


Рис. 2. Прогрівання полинковою сигарою

За період із січня 2019 р. до вересня 2021 р. було проліковано 136 осіб. Серед пацієнтів було 64 чоловіки та 72 жінки. За віковими групами пацієнти розподілилися таким чином: 34 особи віком до 30 років, 40 осіб від 31 до 50 років та 60 осіб 51-62 роки.

Структура больового синдрому була представлена в такому вигляді. Головний біль склав 31,4%, болі в зоні хребта, спричинені остеохондрозом виявлялися у 29,7%, суглобові болі відзначені у 38,9%.

Розподіл інтенсивності болю за числовою шкалою (за висхідним ступенем від 0 до 10) виглядає так:

- 1-2 бали (або легкий біль) – 3,6 % випадків,
- 3-4 бали (помірний біль) - 20,2% випадків,
- 5-6 балів (терпимий біль) – 32,4% випадків,
- 7-8 балів (сильний біль) – 38,5% випадків,
- 9-10 балів (нестерпний біль) - 5,3% випадків

Таким чином більше ніж у 90% випадків, що спостерігалися, пацієнти оцінювали інтенсивність свого болю від 3 до 8 балів, тобто, біль був від помірного до сильного.

У статистичному талоні пацієнти заповнювали графу з оцінки тривалості прояву больового синдрому.

Болі тривалістю до 2 тижнів, розцінювалися як гострі; від 2 тижнів до 2 місяців – підгострі; більше 2 місяців – хронічні болі.

Дані про розподіл гострого, підгострого та хронічного болю представлені у двох основних групах – серед пацієнтів з повним зникненням болю після сеансу та пацієнтів із залишковими болями. Кількість пацієнтів з підгострими болями приблизно однаково в обох групах (20 та 18 %); що стосується гострого і хронічного болю, то в I групі відзначається переважання гострого болю (50%), а у II групі серед тих пацієнтів, кому не вдалося за один курс повністю зняти біль, відзначається переважання хронічного за тривалістю болю.

Для хворих з хронічними болями було проведено навчання Су-джок масажу біологічно активних точок та зон відповідності, а також основам насіннятерапії.

Повторне опитування було проведено через 20 та 30 днів.

За загальною ефективністю лікування отримано такі результати:

1. Одного курсу лікування було достатньо, щоб 69 (50,7%) пацієнтів відзначили повне зникнення болю.

2. Інші 67 осіб зазначили, що біль зменшився не менше, ніж у два рази. З них 33 (48%) пацієнтів оцінили залишковий біль, як 10% від вихідного; ще 11 (16,2%), як 20% від вихідного і 24 (35,8) пацієнтів оцінили залишковий біль як 25-30%.

Випадків неефективного впливу не було.

За результатами у II групі 78% позбавились больових відчуттів вже за 20 днів, 12% – за 30 днів, 10 % хворих продовжували проводити процедури Су-джок терапії, та зазначили, що больові відчуття стали значно менші і загальне самопочуття суттєво покращилось.

З усього видно, що тема нетрадиційних засобів фізичної терапії, до якої відноситься і Су-джок терапія, все більше займає своє почесне місце в системі відновлення здоров'я людини. Простота застосування, безпечність і доступність дає змогу багатьом хворим значно знизити медикаментозне навантаження на організм, убезпечити себе від алергійних проявів і значно скоротити строки одужання.

Висновки:

1. Застосування акупресури виявилось ефективним методом лікування у блокуванні больового синдрому різної етіології.

2. Методи Су-джок терапії є не тільки ефективні, а й повністю безпечні. Цієї методиці легко навчити пацієнта, що дозволяє значно знизити медикаментозне навантаження при блокуванні болю та подовжити періоди ремісії, оскільки, впливаючи на вогнище больового подразника засобами Су-джок терапії. Тим самим ми покращуємо стан самого органу, що дозволяє запобігти поширенню хвороби та дати змогу організму частково або повністю позбавитись хворобливого стану.

Перспективи подальших досліджень. Подальше дослідження впливу Су-джок терапії на відновлення організму людини при певних гострих захворюваннях в комплексі з іншими засобами фізичної терапії.

Література

1. Брелюс Г.М. Основи Су-Джок терапії. Навч. посібник. Дніпро. 2013. 138 с
2. Иваничев Г.А. Фибромиальгический синдром. Казань, 2004. 164 с.
3. Игнатов Ю.Д., Качан А.Т., Васильев Ю.Н. Акупунктурная анальгезия: Экспериментально-клинические аспекты. Ленинград. 1990. 256 с.
4. Меримская О.С., Мальцева А.С., Левачев И.Н. Купирование болевых синдромов различной этиологии болевых синдромов и локализации методом Су-Джок терапии.//Российская научно-практическая конференция с

международным участием “Клинические и теоретические аспекты боли”. Москва 2001.

5. Новиков Ю.О. Немедикаментозное лечение шейных болевых синдромов, Москва, 2009

6. Пак Чжэ Ву. Вопросы теории и практики Су-Джок терапии. Сборник статей. Москва..2004. 208 с.

7. Су Джок. Клинический опыт применения Су Джок терапии. 6-й выпуск. 2009. 128 с.

8. Якупов Р.А., Хусаинов Р.Р. Рефлексотерапия хронической боли при заболеваниях периферической нервной системы. Учебное пособие для врачей. Казань, 2004. 29с.

САМОМАСАЖ В РЕЖИМІ ДНЯ СТУДЕНТІВ З ІНВАЛІДНІСТЮ, ЯК ЗАСІБ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ РЕКРЕАЦІЇ

Грохова Г.П., Кондратьєв І.В.

Харківський національний університет радіоелектроніки, Україна

Анотація. Проаналізовано, що у людини без вад, рухова активність є природною потребою, а для осіб з інвалідністю – це відкриття нових можливостей для позитивної зміни фізичного, біологічного та соціального статусів, це: незалежність і впевненість у власних силах, розширення кола знань і спілкування, змінення ціннісних орієнтацій, збагачення духовного світу, покращення рухових спроможностей, підвищення життєвого тону, фізичного й психічного здоров'я. Виявлено, що самомасаж, як засіб фізичної рекреації впливає позитивно на стан здоров'я студентів з інвалідністю.

Ключові слова: студенти з інвалідністю, заклад вищої освіти, рекреативна культура, здоров'я.

Abstract. It is analyzed that in people without disabilities physical activity is a natural need, and for people with disabilities - is the opening of new opportunities for positive change in physical, biological and social status, namely: independence and self-confidence, expanding knowledge and communication, changing values orientations, enrichment of the spiritual world, improvement of motor abilities,

increase of vital tone, physical and mental health. Self-massage as a means of physical recreation has been found to have a positive effect on the health of students with disabilities.

Key words: students with disabilities, higher education, recreational culture, health.

Вступ. На сьогодні існує проблема, яка стосується зниження рівня здоров'я студентської молоді з інвалідністю у період навчання у закладах вищої освіти (ЗВО). Для більшості студентів з інвалідністю початок навчання у ЗВО збігається з другим періодом юності, або першим періодом зрілості та стає дієвим кроком у напрямку соціальної, освітньої та культурної інтеграції.

Одним із сучасних, ефективних та найбільш доступних методів вирішення цієї проблеми для студентів з інвалідністю є фізична рекреація.

Під впливом занять фізичною рекреацією у студентів з інвалідністю розширюється коло спілкування і підвищується соціальна активність, змінюються інтереси, мотиви, ціннісні орієнтації на роль рухової активності, що природно створює передумови до набуття соціальної, психічної, побутової незалежності, самоактуалізації та інтеграції в суспільстві. Таким чином, фізична рекреація здійснює такі соціальні функції: комунікативну, соціалізуючу, інтегративну. Виділення цих функцій носить умовний характер, оскільки їх прояв впливає на особу з інвалідністю одночасно і комплексно, формуючи характер, поведінку, стосунки з людьми, природою, суспільством [1, 2].

Метою нашої роботи було виявити додаткові засоби фізичної рекреації для студентів з інвалідністю і впровадити їх у режим дня.

Завдання:

1. Вивчити дані літературних джерел і виявити найбільш ефективні засоби фізичної рекреації.
2. Упровадити виявлені засоби в режим дня студентів з інвалідністю і проаналізувати отримані результати.

Хід дослідження та обговорення результатів.

Аналіз даних спеціальної літератури та власні дослідження доводять, що у адаптивній фізичній рекреації використовують ті ж самі засоби, що й у

адаптивній фізичній культурі і адаптивному спорті [1]. Але застосування даних засобів різного характеру і змісту спрямовано у профілактичних, коригуючих, інколи реабілітаційних цілях. Вони реалізується на основі знань анатомо-фізіологічних особливостей відповідної нозології, індивідуального підбору оптимальних фізичних навантажень, з урахуванням функціонального стану організму людини.

До основних засобів адаптивної фізичної рекреації належать різноманітні рухливі, рекреаційні та спортивні ігри (бадмінтон, настільний теніс, мініфутбол, дартс, більярд, баскетбол, у тому числі на візках, городки, шахи, шашки та ін.), плавання та купання, катання на ковзанах, лижах, санках, човнах, біг підтюпцем, орієнтування на місцевості, прогулянки й туристські походи, спортивні розваги, танці, атракціони, забави, вікторини в поєднанні з театралізованими виставами, а також фізкультурні свята, конкурси, спартакіади та дні здоров'я, зльоти, екскурсії, імпровізовані змагання, масаж, самомасаж, що дають можливість розширити коло засобів навчання рухової активності студентів з інвалідністю. Перевагами системи різноманітних фізичних вправ є їх універсальність, відсутність негативного впливу на стан здоров'я, можливість тривалого застосування та самостійного виконання [1].

Серед відомих і традиційних засобів зміцнення організму людини, разом із фізичними вправами і гартуванням, особливе місце приділяється масажу та самомасажу. З усіх найбільш поширених його систем ми виділяємо класичний масаж. Ступінь його ефективного впливу як на окремі системи і органи, так і весь організм в цілому досконало вивчено і науково підтверджено багатьма провідними фахівцями і вченими-дослідниками [3].

Проте найбільшого ефекту можна досягти за умови проведення даної процедури, дотримуючись певних методичних вказівок. Масаж, як процедура має свої технічні і методичні особливості та вимагає певної кваліфікації від того хто масує, а також умов для її проведення. Проте форма його проведення допускає виконання даної процедури самому собі, тобто самомасаж. При цьому зберігається необхідність дотримання згаданих правил і рекомендацій [3].

У випадках відсутності фахівця, в якості доповнення до заходів, що проводяться в спеціальних установах, проведення самомасажу, як засобу

профілактики або реабілітації студентів з інвалідністю, здійснюють і у вигляді самостійної процедури. У будь-якому випадку студентів необхідно правильно навчити проведенню даної процедури, особливо тих, хто цього потребує.

При цьому слід враховувати позитивні сторони самомасажу:

- проведення самомасажу не вимагає спеціального приміщення і устаткування. Його проводять просто в звичайному приміщенні, сидячи на стільці, табуреті, дивані та ін.;

- при оволодінні навиками цієї процедури опановують тільки тією методикою, якої потребує даний студент, тобто індивідуальний підхід, що значною мірою спрощує сам процес її засвоєння;

- у поєднанні з власними зусиллями самомасаж сприймається людиною не пасивно, як масаж, а активно. Тобто при його проведенні відбувається протидія м'язів масажуючої руки і масажованої частини тіла, що сприймається організмом людини як додаткові елементи фізичних вправ. Особисті ж відчуття при цьому дозволяють корегувати дозування і локалізацію процедури, що проводиться.

Нами було встановлено, що найзручніше за все проведення навчання із оволодіння самомасажем можливе на занятті у спеціальній медичній групі ЗВО. За основу навчання нами було обрано цілісний метод навчання, який передбачав опанування самомасажем відразу усієї окремої певної частини тіла. Для цього спрощується пояснення і виконання окремих масажних прийомів, беручи за основу основний принцип - поступового проникнення в глибину масованої ділянки тіла з урахуванням функціонального призначення кожного з них. Успішному засвоєнню матеріалу сприяє правильне пояснення і демонстрація всієї процедури на собі.

При проведенні самомасажу особливою ділянкою на тілі людини є верхня частина спини (лопатки і між лопаткова ділянка), де проведення масажних маніпуляцій своїми руками практично не можливо. При необхідності тут слід рекомендувати використання інструментального методу самомасажу за допомогою різних механічних пристосувань-масажерів: для погладжування і розтирання - рушники різної жорсткості, для розминання - масажер-доріжку. До того ж у цього масажера повинно бути два або три рядки роликів, оскільки

однорядний може травмувати шкірні покриви, а за наявності невеликих родимок або бородавок, здерти їх.

Висновки. Описана методика була рекомендована для самостійного застосування в режимі дня студентів з інвалідністю, тобто вранці після ранкової гімнастики, перед водними процедурами. Дані повторного анкетування наприкінці навчального року показали, що у тих студентів з інвалідністю, які віднесені до спеціальної медичної групи у закладі вищої освіти, значно покращилось самопочуття після навчального навантаження, відновлення психоемоційного стану, відновлення побутових навичок.

Література

1. Оріховська АС. Побудова програм з фізичної рекреації студентської молоді з вадами слуху [автореферат]. Київ: НУФВС. 2018. 21 с.
2. Круцевич ТЮ, Андрєєва ОВ, Благій ОЛ. Проблеми організації рекреаційно-оздоровчих занять в структурі дозвільної діяльності студентської молоді. Гуманітар. вісн. ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький держ. пед. ун-т ім. Г.С. Сковороди»: наук.-теорет. зб. 2012. с. 100-116.
3. Грохова ГП, Прісич ОЮ, Єфіменко ПБ. Самомасаж в режимі дня студентів спеціальної медичної групи при хронічному бронхіті. Актуальні питання сучасного масажу // Збірник статей XI міжнародної науково-практичної інтернет-конференції, 24-25 квітня 2020 р., ХДАФК, 2020. – С.23 - 29.
4. Конвенція про права осіб з інвалідністю (Конвенція про права інвалідів): Конвенція від 13.12.2006, ратифікована Законом України № 1767-VI від 16.12.2009.
5. Грохова ГП. Вплив оздоровчого самомасажу на рекреативну культуру та формування здорового способу життя. *Актуальні питання сучасного масажу: збірник ст. 11-ї Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф.; 2020 Квіт 24-25 Харків. Харків: ХДАФК; 2020. с. 17-23.*

СПОРТИВНИЙ МАСАЖ, ЯК ЗАСІБ ЗБЕРЕЖЕННЯ ФОРМИ СПОРТСМЕНА ПІД ЧАС КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ТА ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ТРАВМ КОЛІННОГО СУГЛОБА

Єфіменко П.Б., Пустовойт Б.А., Каніщева О.П.

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. Указано на те, що при вимушених перервах у тренувальному процесі при консервативному лікуванні легких травм колінного суглоба спортсмени мають певну втрату спортивної форми. Виявлено, що різновиди спортивного тренувального масажу за своїм впливом на м'язи аналогічні фізичним вправам і можуть підтримати їх працездатність. Для збереження навичок проведення складних координаційних рухів рекомендовано в комплексі з масажем проводити ідеомоторне тренування.

Ключові слова: колінний суглоб, збереження працездатності, тренувальний масаж, ідеомоторне тренування, спортивна форма.

Abstract. It is pointed out that during forced breaks in the training process in the conservative treatment of minor injuries of the knee joint, athletes have a certain loss of fitness. It has been found that the types of sports training massage in their effect on the muscles are similar to exercise and can maintain their performance. To maintain the skills of complex coordination movements, it is recommended to conduct ideomotor training in combination with massage.

Key words: knee joint, preservation of working capacity, training massage, ideomotor training, sports form

Вступ. Спортивна травма - це ушкодження тканин і органів під час занять фізичною культурою і спортом в результаті механічного впливу на них, що перевищує їх біологічну силу та можливості. За даними різних авторів, на неї припадає від 2% до 10%, відносно загальної кількості інших травм [2, 6, 7].

Незважаючи на те, що 91,9% спортивних травм - це незначні травми, вони негативно впливають на загальну і спеціальну працездатність спортсмена [6]. Це пов'язано з тимчасовим припиненням тренувального процесу в гострий період травми, а також значним обмеженням тренувальних навантажень при посттравматичній реабілітації. Часто зустрічаються випадки хронічних

захворювань ОРА в результаті більш ранніх пошкоджень, а при повторних травмах вони загострюються і відключають спортсмена з подальшої діяльності [8].

Роки вивчення локалізації спортивних травм допомагають виявити найбільш вразливі ланки локомотивних апаратів. Найбільш вразливою ланкою зараз залишається колінний суглоб, на який припадає близько 50% усіх патологій ОРА [5, 7].

Травми коліна – одне з найпоширеніших явищ серед людей, які займаються руховою активністю, спортсменів, а також літніх людей, які проявляють необережність і не зосередженість рухів. Травмувати коліно вельми складно, адже його суглоб є найбільшим у всьому опорно-руховому апараті, а, отже, в його функції задіяне безліч механізмів – зв'язки, сухожилля, меніск, колінна чашка [5, 6].

Особливості анатомічної будови і розташування КС, його значення в біомеханіці рухів, створюють велику ймовірність перевантаження, травматизації, розвитку захворювань у порівнянні з іншими суглобами організму. Серед усіх уражень коліна, ушкодження (надриви та розриви) зв'язок посідають друге місце після ушкоджень менісків. Перш за все це стосується травм хрестоподібних зв'язок, також нерідко травмуються бічні зв'язки, але зустрічаються і різні поєднання ушкоджень декількох зв'язок і менісків [1].

Ушкодження зв'язкового апарату колінного суглобу це поширена травматична патологія, що частіше спостерігається у активних молодих людей і зазвичай виникає в побуті або під час занять спортом, наприклад акробатичним рок-н-ролом. Причиною цих травм є надмірні рухи в суглобі (розгинання, скручування кінцівки по вісі, приведення або відведення гомілки). Іноді ушкодження відбувається в результаті удару або тиску на гомілку [5, 6].

Тільки розбираючись в питаннях етіології та патогенезу спортивної травми, можна розраховувати на ефективність профілактичних заходів, своєчасну діагностику, правильність надання медичної допомоги та реабілітаційних заходів.

Як визначається Законом України про «фізичну культуру і спорт» від 24.12.1993 3808-ХІІ, «Фізкультурно-спортивна реабілітація, це система заходів, розроблених із застосуванням фізичних вправ для відновлення здоров'я особи та спрямованих на відновлення і компенсацію за допомогою занять фізичною культурою і спортом функціональних можливостей її організму для поліпшення фізичного і психологічного стану».

Фізична терапія спортсменів після травм, при консервативному лікуванні, включає в себе комплекс заходів, що допомагають їм в короткі терміни відновити фізичне і емоційне здоров'я, підтримуючи рівень спортивної форми. При цьому найбільший інтерес для спортсменів у відновлювальний період представляють комплексні методики, що впливають на весь організм у цілому і на зону травмування колінного суглоба, усуваючи наслідки ураження організму і відновлюючи обмінні процеси, тим самим володіючи, крім лікувальних, ще й профілактичним ефектом. Одним з провідних методів фізичної терапії при проведенні відновлювання спортсменів після перенесених травм ОРА є масаж, який класифікується на певні системи й види та вміщує диференційовані методики його проведення [3, 8].

Метою нашого спостереження було виявити можливість застосування різних видів масажу спрямованих на збереження фізичної форми спортсменів під час лікування і фізичної реабілітації після отриманих травм колінного суглоба.

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

1. Вивчити літературні джерела з проблеми прискорення реабілітації спортсменів різними видами масажу, після травм суглобів, з поточним збереженням функціональних можливостей їх організму.

2. Виявити, обґрунтувати й впровадити методику масажу в комплексі засобів спрямованих на прискорення реабілітації спортсменів після травм колінного суглоба з мінімальними втратами фізичної форми їх організму.

Хід дослідження та обговорення результатів. Вивчення літературних джерел пов'язаних із застосуванням певних систем і видів масажу виявило багатогранний вплив різних видів класичного масажу на організм людини [3, 9]. Фахівці вказують на те, що окремі масажні прийоми за своїм фізіологічним і

механічним впливом аналогічні фізичним вправам. Насамперед це захоплюючі та давлючі розминання, розгойдувальні та ударні прийоми, механічна дія яких спрямована безпосередньо на м'язи. Розтирання фасцій, сухожилів та місць їх прикріплення, рефлекторно впливають на стан м'язів [4]. Рухи – своєю дією спрямовані на суглоби і м'язи антагоністи що їх рухають [3]. А комплексне проведення цих прийомів в межах масажної процедури, в залежності від інтенсивності та швидкості їх виконання цілеспрямовано впливає на стан ЦНС та ПНС [3, 9].

Таким чином застосування визначених масажних прийомів, в межах цілеспрямованої методики масажу, діє на організм людини аналогічно фізичним вправам, що регламентуються відповідними державними документами [10]. Тобто на певному етапі фізкультурно-спортивної реабілітації за допомогою масажу можна компенсувати зниження або тимчасове припинення навчально-тренувального процесу [3, 9].

Згідно класифікації класичного масажу, за своєю метою він поділяється на оздоровчий (гігієнічний), лікувальний та спортивний. При доскональному вивченні видів масажу ми виділили спортивний масаж, а саме - тренувальний, різновиди якого повністю відповідають меті нашого спостереження. Так під час іммобілізації та консервативного лікування колінного суглоба, завдання збереження фізичної форми спортсмена вирішуватиме тренувальний масаж, що зберігає фізичну форму. Він же за своїм впливом на масажовані тканини, стимулюватиме трофічні процеси що прискорить регенерацію травмованих тканин колінного суглоба. Після зняття фіксуючої пов'язки, тренувальний масаж, що покращує гнучкість суглобів, відновить їх рухомість. І в процесі фізкультурно-спортивної реабілітації тренувальний масаж, що сприяє покращенню тренуваності організму спортсмена, сприятиме прискоренню впрацьовуваності спортсмена у фізичні навантаження, які він переносить під час відновлення навчально-тренувального процесу після лікувально-реабілітаційних заходів.

Під нашим педагогічним спостереженням знаходилось 7 спортсменів віком від 12 до 17 років, які займалися акробатичним рок-н-ролом. З них двоє спортсменів мали кваліфікацію кандидатів в майстри спорту а інші п'ятеро -

майстри спорту. Всі були представниками спортивного клубу «Сенат» міста Харкова. Дане спостереження проводилось поточним методом, протягом з 2019 по 2021 роки. За цей час вони отримали травми колінного суглоба, різни за патогенезом і потребували консервативного лікування. На час лікування вони були відсторонені від тренувального процесу на 2 – 3 тижня. Свої травми вони отримали під час посиленої підготовки до змагань різного рівня. А вимушена перерва в тренуваннях була погрозою до значної втрати працездатності їхнього організму.

Спеціально для проведення запланованого наукового спостереження нами було розроблено цілеспрямовану поетапну підтримуючу програму.

Першим етапом було передбачено збереження спортивної форми травмованих спортсменів. Тут проводили загальний за формою масаж із застосуванням усіх масажних прийомів. Ця процедура за своїм фізіологічним впливом була спрямована на збереження певного рівня працездатності їх організму. Так масажуючи тканини ОРА усього тіла, активізували в них обмінні й фізіологічні процеси, чим сприяли збереженню певного рівня їх працездатності. При цьому масажуючи тулуб, через рефлексогенні зони Захар'їна-Геда, рефлекторно стимулювали органи грудної й черевної порожнини, серед інших у першу чергу серце і легені.

Оскільки масаж не може впливати на технічну підготовку спортсменів, то для збереження техніки виконання складно-координаційних рухів вони проводили ідеомоторне тренування. З цією метою спортсмени приймали зручне положення тіла лежачи на спині або напівсидячі в кріслі. Потім після досягнення стану повної м'язової релаксації, спочатку переглядали відеозаписи своїх найкращих виступів та окремі, нещодавно вивчені складні рухові композиції. Після цього закривши очі, програвали їх у своїй уяві.

Другий етап даної програми починався після зняття обмежень на механічний вплив на травмовані тканини. Тут щоденно проводили локальний дренажний масаж стегна і безпосередньо колінного суглоба за методикою П. Єфіменка (2021), спрямований на його укріплення і відновлення гнучкості. Загальний масаж проводили з інтервалом в 2-3 дні, але при цьому почали виконувати мікротренування, які включали специфічні для рок-н-ролу фізичні

вправи та їх з'єднання у різних положеннях тіла, які поступово залучали до руху колінний суглоб.

Третій, завершальний етап реабілітації, починався після допущення спортсменів до тренувальних занять у залі. Тут для сприяння покращенню рівня тренуваності та прискорення втягування їхнього організму у фізичні навантаження, додатково до тренувальних занять, протягом одного тижня, проводили масаж певних частин тіла, які найбільш навантажувались. Це в першу чергу нижні кінцівки, особливо передня поверхня стегон з колінними суглобами. А при виконанні верхньої акробатики масажували ще й спину й руки, особливо триголові м'язи з ліктьовими суглобами. Ці ділянки ОРА опрацьовували додатково до тренувальних занять у дні, коли їх не було. А при 5-6 разових тренуваннях у тиждень, до, або після них, з перервою 5-6 годин. Процедуру проводили усіма масажними прийомами інтенсивно, не допускаючи больових відчуттів. При цьому на чотириголовому м'язі стегна та триголовому м'язі плеча, прийоми розминання чергували з рухами з опором у відповідних суглобах.

В результаті проведеного нами педагогічного спостереження, було виявлено, що запропонована програма фізкультурно-спортивної реабілітації після травм колінного суглоба середньої важкості у спортсменів, які займались акробатичним рок-н-ролом дала позитивний результат. Вона сприяла скороченню часу втягування спортсменів у звичний для них режим тренувальних занять після лікувальних і реабілітаційних заходів у середньому на 5-6 днів, у порівнянні з випадками подібних травм колінного суглоба однакового патогенезу і складності, коли спортсмени проходили фізичну реабілітацію за стандартною, більш пасивною методикою фізичної реабілітації.

Висновки:

1. Масажні прийоми, за своїм механічним і фізіологічним впливом на організм людини аналогічні із впливом на нього фізичних вправ і при певних обставинах можуть на деякий час підтримати його працездатність.
2. Проведення ідеомоторного тренування у комплексі з масажем, позитивно впливає на збереження техніки виконання складних за координацією

рухів під час вимушеного тимчасового припинення тренувальних занять спортсменів, які займаються акробатичним рок-н-ролом.

Перспективи подальших спостережень. Планується провести наукові педагогічні спостереження за спортсменами під час фізкультурно-спортивної реабілітації за розробленою нами програмою при травмах більш складного патогенезу колінних суглобів, які потребують оперативне лікування.

Література

1. Анатомія людини : підручник. / за ред. Г.І. Коляденко. Київ, 2009. 384 с.
2. Башкиров В.Ф. Возникновение и лечение травм у спортсменов : монография. Москва, «Физкультура и спорт». 1983. 352 с.
3. Єфіменко П.Б. Техніка та методика класичного масажу : навчальний посібник. Харків, 2013. 294 с.
4. Єфіменко П.Б., Каніщева О.П. Особливості проведення реабілітаційного масажу при дисфункціях м'язів передпліччя. *Слобожанський науково-спортивний вісник. Харків: ХДАФК, 2021, - № 2(82), С. 57-62*
5. Левенець В.М. Спортивна травматологія : навчальний посібник. Київ. «Олімпійська література». 2010. 216 с.
6. Макарова Г.А. Спортивная медицина. : учебник. Москва. «Советский спорт». 2004. 480 с.
7. Миронова З. С., Фалех Ф. Ю. Артроскопия и артрография коленного сустава : пособие. Москва. «Медицина». 1982. 112 с.
8. Пустовойт Б.А. Основні принципи фізичної терапії у спортсменів після травм опорно-рухового апарату. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології № 6(1), 2021. С.26-29.*
9. Руденко Р.Є. Вплив відновного масажу на спеціальну працездатність кваліфікованих борців та важкоатлетів у передзмагальному мезоциклі: дис... канд. наук з фіз. виховання і спорту: 24.00.01 / Львівський держ. ін-т фізичної культури. — Л., 2006. — 190 с.
10. <https://ips.ligazakon.net/document/TM040836>

ХОЛІСТИЧНИЙ ПУЛЬСАЦІЙНИЙ САМОМАСАЖ ТКАНИН З ПОРУШЕНИМ КРОВОПОСТАЧАННЯМ У ЧОЛОВІКІВ СТАРШЕ 40 РОКІВ В УМОВАХ ВИМУШЕНОЇ ТРИВАЛОЇ ГІПОДИНАМІЇ

П.Б. Єфіменко, О.П. Каніщева

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. Розглянуто наслідки стану людини від тривалого сидіння. Визначено негативний вплив цього положення тіла на функціональний стан нижніх кінцівок, органів промежини та товстого кишечника. Запропоновано холістичний пульсаційний самомасаж, як ефективний метод профілактики в них хронічних захворювань. Виявлено позитивний вплив запропонованої методики самомасажу на стан людини після тривалого сидіння.

Ключові слова: холістичний самомасаж, органи промежини, товстий кишечник, нижні кінцівки.

Abstract. The consequences of a person's condition from prolonged sitting are considered. The negative impact of this body position on the functional state of the lower extremities, perineal organs and large intestine has been determined. Holistic pulsating self-massage is proposed as an effective method of prevention of chronic diseases. The positive effect of the proposed method of self-massage on the human condition after prolonged sitting is revealed.

Key words: holistic self-massage, perineal organs, large intestine, lower extremities.

Вступ. Поточний спосіб життя людини, який був у нашій країні в довоєнні часи, був обумовлений розвитком цифрових технологій у всіх сферах життя, що неминуче призводило до зменшення обсягів рухової активності певних верств населення нашої країни, а значить до тотальної гіподинамії. Причиною цього була необхідність постійно знаходитись на робочому місці у сидячому положенні за комп'ютером, планшетом, смартфоном. Навіть відпочинок багатьох людей був пов'язаний з сидінням на стільці, в кріслі або дивані з неодмінним гаджетом у руках.

І якщо працюючи за звичайним комп'ютером ще можна дотримуватись певних рекомендацій фахівців з охорони праці: сидіти сідничними пагорбами здухвинних кісток на краю жорсткого стільця і дотримуватись правила

«прямого кута», то користування ноутбуками, планшетами та смартфонами, практично зводило ці рекомендації нанівець [2].

За часи, коли карантинні обмеження під час епідемії на Covid-19 спричинили за собою перехід навчання в усіх навчальних закладах та багатьох галузях діяльності людини на дистанційну форму навчання і праці, гіподинамія набула ще більш глобальних обсягів.

Особливого негативного впливу для здоров'я людини в нашій країні гіподинамія набула під час військового положення. Це викликано в першу чергу тим, що певна частка мирного населення, під час обстрілу населених пунктів, змушена тривалий час перебувати в різних укриттях: метро, бомбосховищах, підвалах, тощо, у незручному положенні тіла людини сидячи повним сивом, далекого від безпечного для стану її здоров'я.

Само положення тіла сидячи, особливо за повним сивом, сприяє тому, м'які тканини задньої поверхні стегна та органи промежини постійно стискаються, в наслідок чого циркуляція крові в них значно порушується, погіршується моторно-евакуаторна функція товстого кишечника, збільшується, набрякає та деформується передміхурова залоза з поступовим переходом у хронічний простатит, внаслідок чого здавлюється сечовід і утруднюється сечовиділення [8, 14]. Додатково до цього, суглоби нижніх кінцівок поступово втрачають свою рухомість, набрякають гомілки [7, 9]. А стан постійного стресу ще більше сприяє посиленню гіперторусу м'язових тканин, що значно більше затискає капілярну мережу, утруднює відтік венозної крові та лімфи, і посилює набряклість м'яких тканин.

Метою нашого дослідження було виявити засіб профілактики наслідків тривалого стискання тканин товстого кишечника, органів промежини і м'язів нижніх кінцівок для покращення їх функціонального стану при вимушеному тривалому знаходженні тіла людини в умовах обмеженого простору.

Завданнями дослідження було:

1. Провести аналіз літературних джерел з проблеми лікувального масажу людям з порушенням циркуляції крові в органах промежини та нижніх кінцівках у чоловіків після 40 років;

2. Виявити й обґрунтувати доступну й ефективну методіку самомасажу, спрямовану на відновлення стану здавлених м'яких тканин, які знаходяться в постійному стискуванні.

Хід дослідження і обговорення результатів. Огляд науково-методичної літератури з різних систем масажу вказує на те, що якою б не була його система, в професійних руках вона діє ефективно. А саме, однієї й тієї ж мети, можна досягнути різними шляхами. При цьому кожен шлях має своє обґрунтування, яке необхідне для чіткого усвідомлення тих маніпуляцій, які необхідно провести при конкретному патологічному стані людини. Тобто в кожному випадку фахівці діють диференційовано. Для такого розуміння при навчанні масажним маніпуляціям слід пам'ятати, що під системою масажу слід розуміти особливості техніки та методики його виконання, спрямовані на досягнення певної мети згідно наукових досягнень, а також з урахуванням, етнографічних особливостей тієї місцевості, де він застосовується [3].

Це означає, що у різних країнах світу цю процедуру розуміють по своєму і також по своєму обґрунтовують отриманий від неї результат.

Якщо розглянути класичну систему масажу, то її головним правилом є поступове проникнення до глибини масажованих тканин за допомогою певних масажних прийомів. Кожен з цих прийомів має своє обґрунтоване функціональне призначення як механічне, так і фізіологічне. Тому для вирішення поставлених перед масажною процедурою завдань їх проводять у послідовності: погладжування, вижимання, поверхнєве розтирання м'язових фасції, розминання м'язів, розтирання сухожиль та їх прикріплень. Потім при необхідності розтирають розташовані під м'язами жорсткі тканини. Це тканини хребетно-рухових сегментів та суглобові тканини плечового та кульшового суглобів. Допоміжні масажні прийоми такі як розгойдувальні, проводять протягом усієї процедури. Ударні прийоми та рухи при необхідності виконують на завершення сеансу масажу. В залежності від певних завдань міняється тільки їх дозування: інтенсивність швидкість та кількість повторювань тих чи інших прийомів [3].

Виходячи з цього, для покращення кровопостачання товстого кишечника, органів малого тазу та нижніх кінцівок за класичною системою, масажують

тканини попереку, сідниць, передньої черевної стінки та нижні кінцівки [3]. Зрозуміло, що для здійснення цього потрібно мати професійну підготовку та певні умови.

За певний період поточного та минулого століть з'явилося багато так званих сепаратних систем масажу, в яких проглядається або певна зміна послідовності проведення самої процедури, або запозичення окремих масажних прийомів, доведених до досконалості. І при цьому кожна з них має певне теоретичне обґрунтування, іноді навіть доволі глибоке.

Так сегментарно-рефлекторна система з'явилась у 1903 році. Її обґрунтував О.Є. Щербак. Вона передбачала усунення рефлекторних змін у стані поверхневих тканин тіла людини в зонах Захар'їна-Геда. Пізніше О. Глезер і В.А. Даліхо довели її до сучасного варіанту [1]. Нею передбачається застосування практично всіх прийомів класичного масажу, але певні з них технічно виконують локально. Тому вони мають такі назви як свердління, буріння, прокочування, відведення, тощо. Конкретна ж методика самої процедури у нашому випадку передбачає таку послідовність: масаж паравертебральних зон спинномозкових сегментів, які іннервують проблемні органи та тканини, це крижневі та поперекові. А далі послідовне усунення рефлекторних змін у шкірі, сполучних тканинах, м'язах і окісті. При даному патологічному стані організму таких ділянок тіла: попереку, передньої черевної стінки і нижніх кінцівок [1]. Це так званий трансгедальний масаж. Ця система масажу вимагає від масажуючої людини ще більшої кваліфікації ніж класична.

Однак ця система також була розгалужена. Так сполучнотканинний масаж, передбачає усунення прийомами розтирання поверхневих і глибоких сполучнотканинних змін в певних зонах тіла людини [1, 7]. А періостальний масаж – це усунення локальної набряклості окістя кісток, які знаходять безпосередньо під шкірою, або тонким шаром м'язової тканини в зоні проєкції проблемного органу на поверхні тіла. Тут проводять локальні розтирання «Свердління» або «Буріння» [1, 4].

Окремо виділяється сучасна система міофасціального масажу описаного Томасом Маєрсом. Це техніка масажу, яка передбачає розтирання фасції, що оточують м'язи. 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 цієї системи полягає в тому, що опрацьовуючи м'язові фасції, можна домогтися повного розслаблення одного м'яза або певної групи м'язів, які знаходяться в стані гіпертонусу [5, 10].

Глибокотканинний масаж який пропонує Арт Ріггс, спрямований на давлучі розминання глибоких м'язів і розтирання сполучнотканинних структур. Цю систему масажу автор рекомендує 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. [9]

Серед інших сепаратних систем масажу, яка може сприяти досягненню поставленої мети і може відповідати завданням нашого спостереження, привернув увагу холістичний пульсаційний масаж, запропонований Тови Браунинг (2004). Його представлено як цілісну систему профілактичного, терапевтичного та реабілітаційного призначення [12, 13]. Уважне вивчення техніки та методики його проведення вказує на те, що це є звичайні розгойдувальні прийоми класичного масажу: потряхування, і струшування. Усуваючи деякі містичні визначення стосовно впливу цього масажу на організм людини, нами було виділено таке: на центральну і периферичну нервові системи такий масаж діє заспокійливо, він усуває м'язовий гіпертонус, чим сприяє рівномірному розподілу міжтканинної рідини та активізує наповнюваність кровоносних і лімфатичних судин тих тканин, які масажують, що покращує їх трофіку. Відносно оволодіння цими масажними прийомами, то вони прості і для їх проведення достатньо лише показати як вони виконуються [3].

Враховуючи особливості впливу на організм людини розгойдувань певних частин тіла людини, нами було розроблено наступну методику масажу, яка відповідала меті нашого спостереження. Для її проведення необхідно було прийняти вихідне положення тіла, яке сприяло найкращій релаксації усіх м'яких тканин черевної порожнини та її передньої стінки. Це могло бути положення сидячи або напівсидячи. Важливо було спертися спиною на якусь опору позаду: спинку стільця, крісла. Сідниці пересували вперед, на край місця

сидіння, щоб стегна знаходились у повітрі, а коліна згинали під прямим кутом. Інше вихідне положення – лежачи на спині, зігнувши ноги в кульшовому та колінному суглобах. Стопи розведені, коліна спираються одне на одне, під голову підкладали високу подушку або згорнутий одяг. Далі максимально послаблювали одяг у поясі. Цей масаж проводили прямо через легкий одяг і навіть светр. Достатньо лише розстібнути піджак або куртку. Процедуру проводили в трьох напрямках.

Для її проведення у першому напрямі, долоні рук накладали на живіт з обох боків на рівні пупка. У цьому положенні по черговою кожною долонею починали розхитувати живіт у протилежний бік. Інакше кажучи проводили потряхування живота у бічних напрямках. Тут важливим моментом було увійти в своєрідний резонанс природних коливань живота і поступово виявити напрям натискувань долонь тримаючи їх на місці. Для початку рекомендувалось починати ці хитання під кутом приблизно 45° відносно поверхні на якій знаходилось тіло. У цьому положенні потряхували живіт 20-30 разів.

Далі долоні накладали одну вище пупка, іншу – нижче і продовжували потряхувати живіт тільки у напрямі вдовж тулуба. Тут долоні також не зрушували з місця. Кількість рухів рекомендувалась таж сама - 20-30 разів.

Заключні потряхування живота спрямовувались рухаючи долоні навколо пупка за напрямками перистальтики товстого кишечника. Для цього долоні спочатку знаходились у попередньому положенні, ліва - вище, а права нижче пупка. Розхитавши живіт вдовж тулуба, долоні починали рухати навкруги пупка так, щоб права, зайняла місце вище пупка, а ліва під ним. Після цього долоні переставляли на вихідне місце. Рекомендована кількість таких проходжень була до 10 разів.

На перших процедурах живіт потряхували в кожній позиції з перервою до 5 хвилин. Поступово перерва скорочувалась і далі потряхували поточним методом. На завершення проводили 6-8 повних вдихів і видихів животом.

Для релаксації м'язів нижніх кінцівок пропонувалось сісти на край стільця, лави, тощо. Зігнувши колінні суглоби під прямим кутом, проводили 15-20 потряхувань м'язів задніх поверхонь стегон, потім гомілок одночасно на обох ногах або по черговою на кожній. Потім, випрямивши коліна, потряхували

м'язи передньої поверхні стегон. При можливості, пропонувалось у положення стоячи, потряхувати сідничні м'язи. Ознакою позитивної дії цього прийому було відчуття легкості й приємного тепла в опрацьованих м'язах.

Для подальшого усунення застійних явищ в органах малого тазу, на завершення процедури рекомендувалось виконати активні рухи в кульшових суглобах з попереднього вихідного положення сидячи або лежачі, колінні суглоби під прямим кутом, ноги зведені разом. Виконували послідовне максимальне розведення колін з подальшим їх зведенням. Частота рухів приблизно один цикл за 1 – 2 секунди. Починали з 50 рухів.

Поступово, в міру виконання даної програми, кількість повторень як розгойдування живота і м'язів нижніх кінцівок, так і пасивних рухів у кульшовому суглобі збільшували вдвічі. При тривалому знаходженні у вимушеному сидячому положенні тіла, повний комплекс запропонованої нами програми повторювали кожні 2-3 години.

Представлену методику релаксації м'яких тканин живота та м'язів нижніх кінцівок вперше було апробовано під час карантинних обмежень, пов'язаних з епідемією на Covid-19. Учасниками нашого спостереження були представники чоловічої статі віком від сорока і більше років тих професій і напрямів фахової діяльності, яка вимагала протягом робочого дня постійного положення сидячи. Серед них були програмісти та інші офісні працівники, вахтери й ті хто багато часу проводив за кермом автомобілів, за умови наявності у них наприкінці робочого дня первинних симптомів порушення функції товстого кишечника, органів промежини і м'язів нижніх кінцівок. Їх було запрошено через керівництво певних офісних установ м. Харкова, через соціальні мережі або через знайомих.

Спостереження проводились поточним методом у дистанційному режимі. Тобто контрольної групи не існувало. Враховувалась тільки динаміка результатів опитування її учасників. Протягом 2021 року до нас звернулось 16 осіб, які відповідали вищезгаданим умовам і не мали протипоказань до масажу живота і нижніх кінцівок. Кожен з них отримав опитувальник і стислий опис запропонованої методики.

До опитувальника були включені питання, які відбивали суб'єктивні відчуття, тобто початкові симптоми і порушення: моторно-евакуаційної функції товстого кишечника - регулярність спородження; інтенсивності і необхідності нічного сечовипускання; відчуття застійних явищ у нижніх кінцівках - м'язова млявість і тугорухливість кульшового й колінного суглобів після безперервного сидіння протягом робочого дня. Оцінювання своїх суб'єктивних відчуттів проводили за п'ятибальною системою, протягом 1 місяця з інтервалом 2-3 дні. Однак при загальному оцінюванні стану респондентів динаміка поточних коливань оцінювання балів не враховувались. Приділяли увагу тільки початковим та кінцевим оцінюванням.

В результаті проведеного спостереження виявилось, що загальний стан 11 респондентів покращився в середньому на 1,26 бала. З яких позитивна реакція стану нижніх кінцівок оцінювалась у середньому 1-1,1 бала, і приблизно однаковою була оцінка позитивної реакції з боку сечовиділення та моторно-евакуаційної функції товстого кишечника – в середньому по 0,25-0,26 балів. Стосовно інших 5 респондентів, то двоє з них не змогли оцінити свій стан, а інші відмовились від подальшої участі у спостереженні.

Під час воєнного стану, за певних причин, не було можливості організувати таке спостереження в умовах тривалого знаходження людей у бомбосховищах, підвалах та інших укриттях. Однак певна кількість респондентів учасників даного спостереження, знаходячись в укриттях, продовжували застосовувати цю методику, чим зацікавили тих, хто знаходились поруч. Про це вони повідомили телефоном. Однак конкретних даних ми не маємо.

Висновки:

1. Система холістичного пульсаційного масажу є аналогом розгойдувальних прийомів класичної системи масажу потряхувань і струшувань, які значною мірою усувають гіпертонус м'язових тканин і активізують у них трофічні процеси.

2. Комплексне проведення прийомів потрушування передньої стінки живота і м'язів нижніх кінцівок в комплексі з активними рухами в кульшових суглобах позитивно впливають на функціональний стан нижніх кінцівок,

процес сечовиділення та моторно-евакуаційну функцію товстого кишечника в процесі тривалого знаходження тіла в положенні сидячі.

Література

1. Глезер О., Далихо А. Сегментарный массаж. Москва: Медицина, 1965. 125 с.
2. Єфіменко П.Б., Каніщева О.П. Стабілізація зору у осіб засобами фізичної терапії, які тривалий час працюють за комп'ютером. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*. 2019. 3(1), С. 36-39. http://journals.urau.ua/frir_journal
3. 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.
4. Ісаєв Ю.О. Сегментарно-рефлекторний і точковий масаж у клінічній практиці. Київ: Здоров'я, 1993. 320 с.
5. Майерс Томас, Джеймс Ерлз. Фасциальный релиз для структурного баланса. Київ: Форс Україна, 2020.- 320 с.
6. Мухін В.М. Фізична реабілітація. Підручник. — 3-тє вид., переробл. та доповн. — К.: Олімп, л-ра, 2009. — 488 с.
7. Урологія: підручник (ВНЗ IV р. а.) / О.В. Люлько, О.Ф. Возіанов. - 3-є вид., випр. 2011, К.: «Медицина», 664 с.
8. Цюпак Т.Є., Цюпак Ю.Ю. Реабілітація хворих із захворюваннями венозних судин нижніх кінцівок. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*. №. 1 (9), 2010
9. Art Riggs (2012). Deep Tissue Massage, Revised Edition, Publisher: North Atlantic Books. 254 pp. (in Eng.).
10. Thomas, W. Myers (2014). Anatomy Trains: Myofascial Meridians for Manual and Movement Therapists, Publisher: Churchill Livingstone; 3rd edition. 320 pp. (in Eng.)
11. Tovi Browning "The Power of Softness. Holistic Pulsing" (2004).
12. https://ru.wikipedia.org/wiki/Холистический_пульсационный_массаж
13. <https://venus.ua/blogs/urology/prostatitis>

МЕТОДИКА МАСАЖУ ГУАША В КОСМЕТОЛОГІЇ

Корж Ю.М., Корж З. О.

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

Анотація. У статті розглядається методика масажу гуаша для відновлення стану шкіри обличчя у пацієнок 35-55 років.

Ключові слова: біологічно активні точки, масаж гуаша, шкіра обличчя.

Summary. The article examines the technique of gouache massage for the recognition of the appearance of the skin in patients aged 35-55 years.

Key words: biologically active points, gouache massage, facial skin.

Вступ. На сьогоднішній день однією з актуальних проблем сучасної косметології є боротьба з передчасним старінням шкіри обличчя. Вчені стверджують, що стан шкіри обличчя є в першу чергу, віддзеркаленням функціонального та психоемоційного стану організму людини [1, 2, 3, 4].

У структурі звернень за косметологічною допомогою переважають жінки соціально-активного віку від 35 до 64 років: від 19 до 34 – 24,5% звернень, від 35 до 49 – 48% звернень та від 50 до 64 – 22,1% звернень [3].

На сучасному етапі проблема передчасного старіння шкіри, значно помолодшала. Це пов'язано із забрудненням навколишнього середовища, постійним стресовим станом, недостатньою руховою активністю, нераціональним харчуванням, негативним психоемоційним станом, шкідливими звичками (палінням, надмірним вживання алкоголю), використанням не якісної косметики.

Якщо раніше перші прояви старіння з'являлися в 25-30 років, то на сьогоднішній день їх відмічають значно раніше. Уже в 20-25 років реєструють виникнення перших зморшок на чолі, у зовнішніх кутах очей «гусячі лапки» тощо [2, 3].

Очевидними ознаками старіння шкіри, є: сухість шкіри, тьмянний, нерівний колір обличчя, складки та глибокі зморшки на шкірі, втрата щільності та пружності шкіри, розширені пори тощо.

Доведено, що старіння шкіри починається одразу ж після статевого дозрівання, в 35-50 років стає більш помітними і триває приблизно до 60 років, після чого настає відносно стабільний період [3, 4].

Косметологія та естетична дерматологія займають найважливіше місце в комплексному вирішенні проблем старіння шкіри. Методи омолодження шкіри та м'яких тканин обличчя, шиї, декольте, можна класифікувати на групи, залежно від основного діючого фактору: апаратні (мікрострумова терапія, вакуум масаж, кріотерапія, ультразвукові процедури, мікродермобразія, дарсонвалізація, фракційний фотодермоліз); не апаратні (фейсліфтинг, фейсбилдинг, міоліфтинг, постізометрична релаксація м'язів, різні види косметологічного масажу); інвазивні (мезотерапія, біоревіталізація, плазмоліфтинг); не інвазивні (пілінг); раціональне харчування, активна рухова діяльність та повноцінний сон [3].

В останній час почали приділяти більше уваги природним, неапаратним методам омолодження та корекції шкіри обличчя [3]. Масаж гуаша вперше почали практикувати в Древньому Китаї. Згадка про цей вид масажу знайдено в канонічному літописі «Весна і осінь», датованого серединою VI ст. до н. е. Сама назва давньої східної методики масажу з'явилася з поєднання двох ієрогліфів: «гуа» – «скребти», та «ша» – «погане». Жителі Китаю пов'язували дану методику з пошуком внутрішньої гармонії, єднання з природою, релаксацією нервової та м'язової системи. Цей масаж є природнім методом оздоровлення, він спирається на емпіричні знаннях даоських монахів та теорію традиційної китайської медицини [5].

Спочатку китайці використовували цю методику тільки для масажу тіла, з метою покращення самопочуття і лікування різних захворювань. Вона користувалася великою популярністю, тому в кожному селищі завжди був хоча б один масажист, який володів методикою гуаша.

В наш час масаж гуаша виконують на всіх ділянках тіла, починаючи з волосистої частини голови і закінчуючи стопами. Його можна використовувати як самостійну процедуру або в комплексі з іншими видами лікування: баночним масажем, іглорефлексотерапією, термопунктурою тощо.

Масовий інтерес до масажу гуаша неухильно зростає з року в рік. Це пов'язано з вражаючими результатами в перетворенні шкіри обличчя. Косметичний гуаша масаж обличчя і шиї виконують спеціальними пластинами-скребками, різними за розміром і конфігурацією. Скребки, палички та валики виробляють з різного природнього матеріалу: рогів буйвола, кісток парнокопитних тварин, бамбука, нефриту, яшми, персикового дерева, фарфору тощо. Для масажу ділянок тіла також використовують пластинки з нефриту або ебониту, розміром 3x3 см і товщиною 1-1,5 мм з округлими краями [5].

Головне призначення косметичного масажу гуаша: очищення епідермісу, зняти набряк тканин, стимулювати кровообіг та лімфотік, покращити колір шкіри обличчя, усунути заломы шкіри і зморшки, покращити імунітет, сприяти виробленню еластину та колагену, відновити тонус і тургор шкіри, виведення шлаків та токсинів.

Перед виконанням масажу гуаша необхідно продезінфікувати скребок та очистити шкіру обличчя. Під час процедури, масажер повинен легко ковзати по шкірі обличчя та шиї, тому перед процедурою необхідно нанесіть на шкіру крем або спеціальну масажну олію. В залежності від рельєфу ділянки та стану шкіри, скребок при виконанні прийомів утримують під кутом 20-45°. Кожен прийом повторюють по 5-7 разів [5].

Методику гуаша масажу активно вивчають лікарі, косметологи та інші верстви населення, але вона ще не достатньо розповсюджена тому вона є об'єктом нашого дослідження.

Мета дослідження – застосування методики гуаша масажу для попередження передчасного старіння шкіри обличчя у жінок віком 35-55 років.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати науково-методичну та медичну літературу, що висвітлює причини старіння шкіри та косметологічні засоби, що використовують для профілактики та відновлення її стану.

2. Провести курс гуаша масажу на шкірі обличчя у жінок 35-55 років та перевірити його ефективність.

Хід дослідження та обговорення результатів. На обличчі, як у дзеркалі, відображаються проблеми зі здоров'ям, недосипання, втома, стреси і вікові зміни у вигляді сіточки зморшок, обвислого овалу обличчя та сухої шкіри.

Під час лінійного дослідження, що проводилось на базі реабілітаційного центру СумДПУ ім. А.С. Макаренка протягом січня-лютого 2022 р. приймало участь 7 жінок віком 35-55 років. На початку дослідження було проведено діагностичну методику вивчення ознак старіння шкіри обличчя, в процесі якої визначали: морфотип шкіри обличчя (I – втомлений тип, II – дрібнозморшкуватий тип, III – деформаційний тип), характер зморшок (первинні, вторинні, третинні), гіперпігментацію (легка, помірна, виражена), гравітаційний птоз (I-III ступеню), еластичність (I-III ступеню) та її тургор (I-III рівня).

Перед проведенням масажу проводили очищення шкіри обличчя та декольте застосовуючи спеціальний очищаючий засіб, виконували демакіяж за допомогою засобу для зняття макіяжу навколо очей та губ. Масажними рухами наносили на шкіру обличчя, шию та зону декольте молочко для глибокого очищення, потім його змивали. На завершення перед проведенням гуаша масажу на шкіру обличчя наносили спеціальний масажний крем.

Завдання гуаша масажу: стимуляція лімфо- та кровообігу мімічних м'язів обличчя, зменшення набряку, відновлення еластичності та тургору шкіри, усунення зморшок, очищення епідермісу та зменшення пігментації.

План масажу: у вихідному положенні сидячи та лежачи на спині, виконували масаж на мімічних м'язах обличчя знизу в гору та на ділянці декольте.

Методика масажу гуаша на обличчі. Спочатку виконували поверхневий масаж шкіри обличчя подушечками пальців для релаксації м'язів та підготовки до основного етапу, використовуючи прийоми погладження и розтирання.

Для посилення лімфодренажу обличчя масажували скребком ділянку підборіддя. У подальшому виконували погладження від центра підборіддя по контуру нижньої щелепи до її краю. Потім переміщували скребок за мочку вуха і виконували погладження вниз по шиї 5-7 разів з невеликим тиском.

Для того, щоб не перерозтягувати шкіру, пальцем іншої долоні притримували шкіру на підборідді. Ці прийоми також відновлювали контур підборіддя.

Переходили до масажу щік. Прийом погладження виконували подовженою частиною скребка від лінії носа до верхньої точки вуха з обох боків. Під час виконання прийому, для покращення контуру вилиць, збільшували тиск на скребок. На цьому етапі з більшим тиском виконували прийоми погладження і розтирання на жувальних м'язах.

Для зменшення набряку біля носа проводили скребок 5-7 разів з невеликим тиском по перенісцю, а потім уздовж носа, по напрямку до щік. Для попередження перерозтягування шкіри утримували пальцем вільної долоні шкіру біля носа.

Для зменшення набряків навколо очей проводили прийоми масажу гуаша на ділянці колового м'яза ока. Враховуючи, що шкіра на цій ділянці найбільш ніжна і чутлива, прийоми погладження виконували поверхнево, з невеликим тиском на скребок. Його ставили рельєфною стороною під бровою і виконували прийом погладження до скроні і вище в напрямку лінії росту волосся по 7 разів. Потім проводили прийоми погладження від внутрішнього кута ока до верхнього краю надбрівної кістки до ділянки скроні. Для запобігання перерозтягування шкіри цієї ділянки, під час виконання прийому, пальцем вільної долоні утримували шкіру на ділянці перенісся.

Для відновлення тонусу лобного черевця надчерепа м'яза проводили погладження і розтирання скребок 5-7 разів від лінії, що проходить по середині лоба вбік скронь і до лінії росту волосся. Також виконували прийоми погладження і розтирання плоскою частиною скребка від перенісся до лінії росту волосся

Для покращення тургору шкіри ділянки декольте проводили прийоми гуаша масажу від зовнішнього кута нижньої щелепи біля вуха, зміщуючи скребок вниз по боковій ділянці шиї, зупинившись біля ключиці. У подальшому проводили прийоми погладження і розтирання на ділянці декольте по 8-10 разів. Гуаша масаж виконували курсом 14-15 процедур тривалістю 15-25 хв.

Під час кожного сеансу масажу, враховуючи індивідуальні особливості стану шкіри і розташування зморшок, стимулювали по 4-5 біологічно активних точок. Дана методика сприяла поліпшенню мікроциркуляції тканин і регенерації клітин шкіри обличчя. Рецепт біологічних точок на обличчі: по меридіану товстого кишковика GI(II): GI19, GI20; шлунку E (III): E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7; тонкого кишковика IG (VI): IG18, IG19; сечового міхура V (VII): V1, V2, V3, 4; трьох обігрівачів TR (X): TR21, TR23; жовчного міхура VB (XI): VB1, VB2, VB3, VB14.

На кінцевому етапі дослідження індивідуально для кожної жінки було проведено повторне оцінювання стану шкіри обличчя. Аналізуючи різницю показників діагностичної методики у порівнянні з показниками на початку дослідження було з'ясовано, що: у 4 жінок (57,1%) домінуючим став II морфотип (дрібнозморшкуватий), замість III морфотипу (деформаційного); у 3 жінок (42,9%) показники гравітаційного птозу покращилися з 2 ступеню до I ступеню; показники гіперпігментації покращилися в усіх жінок, але у 2 жінок (28,6%) вони стали легкої форми замість помірної та вираженої; показники еластичності шкіри обличчя покращилися з 2-3 ступеню до 1-2 ступеню у 5 жінок (71,4%); тургор шкіри покращився з 2-3 рівня до 1 рівня також у 5 жінок (71,4%).

Таким чином завдяки впровадженню методики гуаша масажу в жінок з ознаками старіння шкіри отримали позитивні зміни за всіма параметрами ознак старіння шкіри обличчя.

Позитивні результати методики гуаша масажу на шкірі обличчя у жінок 35-55 років дозволяє запропонувати дану методику для застосування в санаторно-курортних закладах, SPA-центрах та всім зацікавленим особам в домашніх умовах з метою покращення стану шкіри з ознаками передчасного старіння.

Висновки:

1. Проаналізувавши науково-методичну літературу, виявлено, що проблема старіння шкіри у жінок 35-55 років є актуальною. Це пов'язано із: забрудненням навколишнього середовища, постійним стресовим станом, недостатньою руховою активністю, нераціональним харчуванням, негативним

психоемоційним станом, шкідливими звичками (палінням, надмірним вживанням алкоголю), використанням не якісної косметики.

2. Косметологія та естетична дерматологія в наш час займають найважливіше місце в комплексному вирішенні проблем старіння. До косметологічних методів омолодження шкіри та м'яких тканин обличчя, шиї, декольте можна віднести наступні методи: апаратні (мікрострумове терапію, вакуум масаж, кріотерапію, ультразвукові процедури, мікродермобразію, дарсонвалізацію, фракційний фотодермоліз); не апаратні (фейсліфтинг, фейсбилдинг, міоліфтинг, постізометричну релаксацію м'язів, різні види косметологічного масажу); інвазивні (мезотерапію, біоревіталізацію, плазмоліфтинг); не інвазивні (пілінг); раціональне харчування, оптимальне фізичне навантаження та повноцінний сон.

3. Масаж Гуаша є популярним Стародавнім китайським, природнім методом оздоровлення, який спирається на емпіричні знання даоських монахів та теорію традиційної китайської медицини. Його методика пов'язана з пошуком внутрішньої гармонії, єднання з природою, релаксацією нервової та м'язової системи.

4. В результаті обстеження жінок з ознаками старіння шкіри обличчя 35-55 років згідно класифікації та характеристик шкіри, після впроваджені методики масажу гуаша було з'ясовано, що: у 4 жінок (57,1%) домінуючим став II морфотип шкіри обличчя (дрібноморшкуватий), замість III морфотипу (деформаційного); у 3 жінок (42,9%) показники гравітаційного птозу покращилися з 2 ступеню до I ступеню; показники гіперпігментації покращилися в усіх жінок, але у 2 жінок (28,6%) вони стали легкої форми замість помірної та вираженої; показники еластичності шкіри обличчя покращилися з 2-3 ступеню до 1-2 ступеню у 5 жінок (71,4%); тургор шкіри обличчя покращився з 2-3 рівня до 1-2 рівня, також у 5 жінок (71,4%).

Таким чином завдяки впровадженню методики гуаша масажу у жінок 35-55 років отримали позитивні зміни за всіма параметрами ознак старіння шкіри обличчя.

Перспективи подальших досліджень. Необхідно дослідити можливості поєднання методики масажу гуаша з іншими методиками косметологічного

масажу (класичним, іспанським, м'зово-структурованим, баночним, кріо масажем тощо).

Література

1. Дерматологія, венерологія. Підручник / За редакцією В. І. Степаненка – К.: КІМ, 2012. – 848 с.
2. Дрибноход Ю. Введение в косметологию / Ю. Дрибноход. Учебник для косметологов – 2-е издание. – СПб.: Питер, 2013. – 352 с.
3. Эрнандес Е. Новая косметология. Основы современной косметологии / Е. Эрнандес, А. Марголина. – М.: Издательский дом "Косметика & Медицина", 2017. – 252 с.
4. Міхеєнко О. І. Загальна теорія здоров'я / О. І. Міхеєнко. – Суми: Університетська книга, 2017. – 156 с.
5. Самойлова Л. Китайський масаж гуаша / Л. Самойлова. – СПб.: Питер, 2012. – 224 с.

ЛОГОПЕДИЧНИЙ МАСАЖ ЯК ВАЖЛИВИЙ ЗАСІБ В КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЇ МОВЛЕННЯ В НАСЛІДОК ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Манучарян С.В.¹, Сивенко О.Л.¹, Білецька О.М.¹,
Шевченко Н.І.², Матар Алі³

¹Харківський національний медичний університет, Україна,

²КНП «Міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. О.І.Мещанінова» ХМР, Харків, Україна,

³Харківський національний медичний університет, Ізраїль

Анотація. Розглянуто сучасні погляди на застосування логопедичного масажу в комплексі засобів фізичної реабілітації пацієнтів з наслідками черепно-мозкової травми. Проаналізовано особливості, види і техніки логопедичного масажу.

Ключові слова: логопедичний масаж, артикуляційно-дихальні вправи, черепно-мозкова травма, субдуральна гематома.

Abstract. Take a closer look at the practice of speech therapy massage in the complex of physical rehabilitation of patients with a history of craniocerebral trauma. Analyzed features, views and techniques of speech therapy massage.

Keywords: speech therapy massage, articulation and breathing exercises, traumatic brain injury, subdural hematoma.

Вступ. Черепно-мозкова травма (ЧМТ) характеризується зростаючою частотою множинних травматичних внутрішньочерепних гематом. За останні 10-15 років цей вид крововиливу був виділений в особливу групу, що зумовлено своєрідністю їх клінічного прояву, труднощами ранньої діагностики, високою летальністю. До неї відносяться крововиливи, що виникли в порожнині черепа в результаті травми і здатні, в силу своєї величини, особливостей локалізації та рефлекторних впливів, зумовити розвиток місцевої та загальної компресії. З внутрішньочерепних гематом найчастіше зустрічаються субдуральні. Вік більшості хворих з подібними травмами коливається від 20 до 50 років [4].

Травматична субдуральна гематома (ТСГ) – зумовлена скупченням крові між внутрішньою поверхнею твердої мозкової оболонки та павутинною оболонкою на зовнішній поверхні головного мозку, яке призводить до стиснення головного мозку. Шифр за МКХ-10: S06.5. ТСГ – поширений вид внутрішньочерепних гематом. На ізольовані ТСГ припадає 26-40% випадків компресії головного мозку крововиливами. Джерелом кровотечі при формуванні ТСГ є пошкоджені внаслідок травми голови вени, які впадають у синуси головного мозку, пошкоджені поверхневі судини гемісфер (вени та артерії), ушкодження венозних синусів [9].

Після встановлення остаточного діагнозу хворій людині призначається відповідне лікування. Воно може бути консервативним або хірургічним. Методика лікування безпосередньо залежить від характеру та ступеня тяжкості травми. Серед консервативних методів відновлювальної терапії та подальшої фізичної реабілітації привертають увагу широкі можливості лікувального масажу. Однак аналіз спеціальної літератури в цьому напрямі вказує на не достатнє вивчення його дії на хворих людей при подібних черепно-мозкових

травмах. Саме це вплинуло на формулювання мети й завдання нашого наукового дослідження.

Мета роботи дослідження – обґрунтувати сучасні підходи до призначення логопедичного масажу в комплексі з раціональним застосуванням артикуляційно-дихальних вправ, рефлексотерапії, музикотерапії та інших засобів реабілітації хворих після черепно-мозкової травми.

Завдання дослідження:

1. На підставі аналізу сучасної спеціальної літератури охарактеризувати етіологію, механізм виникнення гематоми головного мозку, класифікацію та клінічні прояви субдуральних гематом.

2. Визначити завдання та форми проведення логопедичного масажу в комплексній реабілітації хворих з субдуральними гематомами після черепно-мозкових травм.

Хід дослідження і обговорення результатів: Для травматичної субдуральної гематоми характерним є гострий, підгострий і хронічний клінічні перебіги. Стан свідомості у хворих з ТСГ може коливатись від ясної свідомості до коми (від 15 до 3 балів за ШКГ). Вогнищева симптоматика при ТСГ є менш вираженою та більш розсіяною. Патогномонічних клінічних тестів та симптомів для розпізнання ТСГ немає.

Обсяг та послідовність надання лікувальної допомоги залежать від клінічної фази, форми та розмірів ТСГ. У фазі декомпенсації лікування починається з часу надходження хворого в приймальне відділення за алгоритмами інтенсивної терапії [5]. Пацієнти з ТСГ підлягають стаціонарному лікуванню в нейрохірургічному відділенні лише при комплексному клініко-інструментальному обстеженні із застосуванням сучасних методів інтенсивної терапії та реанімації. Обстеження в перші 3 години з часу надходження в приймальне відділення включає: загальний соматичний огляд з визначенням основних вітальних функцій (дихання, пульс, АД); неврологічний огляд; КТ головного мозку в перші 60 хвилин (основний метод діагностики ТСГ); рентгенографія черепа в 2 проекціях; ЕхоЕС (при відсутності КТ); визначення групи крові та резус-фактора; загальний аналіз крові та сечі; біохімічне

дослідження крові (електроліти, загальний білок), показників осмолярності плазми крові та гематокриту; контроль згортання крові [4;5].

Наявність мовного дефекту (афазії, дизартрії інш.) спостерігається майже у третини хворих, що значно знижує їх комунікативні можливості, повсякденну активність і сприяє соціальній ізоляції.

До основних форм афазії та її наслідків відносять: амнестична – людина може спілкуватися, але періодично забуває назви предметів, про які вона говорить; семантична – в цьому випадку з хворим потрібно розмовляти виключно простими пропозиціями (складні пацієнт не зрозуміє); сенсорна – складний вид афазії, у якому пацієнт не розуміє мову взагалі (мова зводиться йому до набору звуків, сенс сказаного пацієнт майже не розуміє); моторна – пацієнт все розуміє, але не може нічого сказати, плутає звуки і слова або зупиняється на якомусь одному звукосполученні; тотальна – хворий нічого не розуміє, нікого не дізнається, сказати нічого не може. Найчастіше така фаза буває одразу після органічного ураження головного мозку. Через деякий час вона може перейти у моторну.

Щоб підвищити шанси на повне відновлення втраченої функції, необхідно своєчасно розпочати реабілітацію. Важливо, що цей процес треба починати після того, як фахівці правильно визначать ступінь пошкодження мови та складуть ефективний комплекс заходів для її відновлення. Головні завдання такого комплексу: відновити мовленеве дихання, голос, артикуляцію, інтонацію, тембр [7].

Логопедичний масаж – активний метод механічного впливу, який змінює стан м'язів, нервів, кровоносних судин та тканин периферичного мовного апарату. Такий масаж може здійснювати логопед, дефектолог, або медичний працівник, який володіє технікою логопедичного масажу [8].

До основних систем і методів логопедичного масажу відносяться: класичний ручний; точковий; зондовий, апаратний (вібраційні, вакуумні прилади).

Як і у будь-якій лікувальній процедурі, у логопедичному масажі є протипоказання: підвищена температура тіла; вірусні захворювання; кон'юнктивіт; шкірні захворювання; загострення лабіального герпесу;

стоматит. Перед проведенням курсу масажу необхідно отримати висновок невропатолога про відсутність протипоказань.

Логопедичний класичний масаж проводиться у теплом, добре провітряному приміщенні. за призначенням лікаря при відсутності протипоказань. Його проводять курсами по 10-15 сеансів, щодня або через день. Після перерви курс повторюють. Тривалість процедури варіює в залежності від тяжкості порушення, індивідуальних особливостей тощо. Початкова тривалість перших сеансів становить від 5 до 10 хвилин, а кінцева – від 15 до 30 хвилин [1].

Завданнями даної процедури є: активізувати мікроциркуляцію крові та лімфи в травмованих тканинах, усунути застійні явища, покращити трофічні процеси; сприяти прискоренню розсмоктуванню гематом. Враховуючи те, що травмовані тканини від зовнішнього впливу захищені кістками черепа, то дія масажу проявляється суто рефлекторно через ділянки тіла, що рефлекторно з ними пов'язані. До цих зон відносяться комірцеві зона, волосиста поверхня голови й лице.

Починають процедуру з комірцевої зони. Проводять такі прийоми: погладжування, м'яке вижимання, поверхнєве розтирання, роминання м'язів шиї й надпліч. Після цього масажують потилицю прийомами погладжування й м'які й повільні розтирання. Далі масажують тім'яну поверхню та скроні прийомами погладжування та розтирання. На завершення масажують лице: лоб, верхню та нижню щелепи. Основної уваги приділяють м'язам.

Цей масаж проводять м'яко й повільно. При зниженому тонусі масажованих тканин не допускають значного розтягування шкіри і м'язових тканин. А при тонічному стані, навпаки, слід підвищувати рухомість шкіри і усувати гіпертонус м'язових тканин комірцевої зони та лица (мімічних м'язів) [1, 3].

Точковий масаж (акупресура) своїм впливом спрямований на біологічно активні точки (БАТ), відноситься до рефлекторної терапії. Метою точкового масажу в логопедичній практиці, є: нормалізація тону м'язів, що забезпечують роботу голосового, дихального та артикуляційного апарату;

регуляція вегетативних функцій; відновлення емоційного тону; профілактика захворювань верхніх дихальних шляхів [9].

Точковий масаж, за технікою його проведення буває тонізуючим та гальмівним. При м'язовому гіпертонусі використовують гальмівний метод. На необхідну точку, натискають, проводять обертальні рухи за годинниковою стрілкою, фіксують таке положення протягом 5-6 секунд, поступово заглиблюючись. Потім застосовується та ж техніка, але проти годинникової стрілки, зменшуючи силу впливу на точку.

При явищах зниженого тону застосовують стимулюючий метод. На певні БАТ діють обертальними рухами протягом 3-4 секунд і потім різко відривають палець від точки. Цей рух повторюють 6-10 разів [1. 6].

У логопедичній практиці при корекції мови у пацієнтів, які страждають на дизартричні порушення з усіма формами парезів артикуляційної мускулатури застосовується зондовий масаж. Є. Новікова (2000 р.) розробила набір зондів та технологію зондового масажу. Основна мета методу – нормалізація мовної моторики. Пропонуються 8 спеціальних зондів на певну групу м'язів, язика, щік, м'якого піднебіння. Зонди повинні бути стійкі до циклу обробки, що складається з дезінфекції, передстерилізаційного очищення, стерилізації відповідно до режимів ОСТ 42-21-2-85 [10].

Крім проблем з мовленням у людей, які пережили важку черепно-мозкову травму, з'являється ряд інших ускладнень, зокрема, обвисання м'яких тканин (щік, куточків рота), порушення жувальної функції та надлишкове слиновиділення. Завдяки сеансам спеціального масажу вдається відновити тону м'язів обличчя, істотно поліпшити міміку. В результаті пацієнту легше вимовляти слова. Для проведення масажу фахівець знаходить необхідні БАТ для масування і визначає які ділянки варто тонізувати, а які навпаки розслаблювати. Крім масажу обличчя призначають масаж язика, губ, щік, вух, шкіри голови, кистей рук.

Рекомендовані артикуляційні вправи дозволяють відновити мову після ЧМТ. Ці вправи також призначаються індивідуально. Їхнє основне завдання – покращити контроль над мімікою, язиком та губами. Щоб швидше досягти позитивного результату, рекомендується виконувати вправи регулярно.

Вправи для розвитку м'язів язика та м'якого неба: рух язиком по колу; ведення кінцем язика по піднебінню назад-вперед; ведення кінчиком язика по піднебінню у різні боки; цокання язиком (спочатку один раз, потім два, три); спрямування язика в праву та ліву щоку; прикушування розслабленого язика; висування язика, в напрямку спочатку одного куточку рота, потім іншого; розслабленим язиком рухи уперед-назад, злегка покусуючи його зубами.

Вправи для губ включають посмішку з не розтиснутими губами, складання губи трубочкою, витягування вперед, надування щік і перекочування повітря з одного боку в інший.

Вправи для правильної і чіткої вимови включають спроби вимовлення по черзі приголосних (спочатку глухі, потім дзвінкі), потім голосні (з перетіканням одного звуку до іншого).

Вправи для міміки: включають відкриття рота широко (тримають кілька секунд і розслаблюють), підняття, опускання та розслаблення брів, складання губ у трубочку, витягування язика у різні боки.

Важливим питанням у відновленні після ЧМТ є безперервне продовження занять в домашніх умовах за допомогою рідних. Але до початку курсу необхідне попереднє проведення логопедом тестування та оцінки стану пацієнта. Починають заняття з найпростіших елементів протягом 10-15 хвилин. Поступово програма ускладнюється, і час заняття збільшується.

Завдання роботи логопеда полягає у залученні різних областей мозку у процес управління мовленням. Використовують одразу кілька комплексів, спрямованих на відновлення мови: фонетичні – потрібні для покращення контролю міміки, на заняттях повторюють окремі звуки та слова; наочні – якщо діагностовано сенсорну афазію, то на заняттях використовують картки з картинками та спеціальні посібники, які спонукають знаходити послідовності; семантичні – стимулюють активне мислення, на заняттях пропонують продовжити розпочату фразу або вступити до імпровізованого діалогу на конкретну тему.

Артикуляційно-дихальні вправи. Спочатку пацієнту пропонується просто подихати, потім на видиху вимовляти певні приголосні звуки, один звук на

видих. Після цього на видиху вимовляються всі ці звуки поспіль. Їх не більше чотирьох. Звуки можливо вимовляти на видиху з піднятим підборіддям.

Артикуляційна гімнастика включає в себе вправи для язика, губ, голосу, мімічних м'язів обличчя.

Вправи для губ: губи подати трубочкою вперед; скласти в посмішку із закритим ротом; оголити зуби і підняти верхню губу, так потримати кілька секунд; надути щоки і похитати повітрям з боку в бік, поклатати повітря по роті; розслабити губи і подути через щілину в них.

Вправи для мімічних м'язів обличчя: брови підняти, опустити, насупити, розслабити; широко відкрити рота, спробувати його розтягнути, потім розслабити; посміхнутися, не відкриваючи рота; надути і здути щоки; витягнути губи (як для поцілунку); максимально витягувати язик у різні боки від рта; посувати нижньою щелепою акуратно то вліво, то вправо, потім по колу.

Вправи для голосу: вимовляти окремо всі голосні звуки спочатку довгі, потім короткі, на видиху – на видиху вимовляти всі звуки поспіль; вимовляти приголосні звуки, спочатку глухі, окремо, потім один за одним на одному видиху; після цього вимовляти дзвінкі звуки так само; складати приголосні звуки з голосними у певні склади, при цьому чергувати парні глухі та дзвінкі приголосні; говорити звук «І» лише артикуляційно, без звуку, і відчувати напругу під підборіддям. Усі комбінації звуків, їх перестановки та поєднання визначає логопед.

Черевне дихання (діафрагмою) дозволяє збільшити обсяг повітря, що вдихається, поліпшити насичення клітин киснем. В результаті нормалізується робота серця, стабілізується тиск, зникає відчуття тривоги. Виконують ці вправи у зручному горизонтальному положенні. Спочатку через ніс роблять глибокий вдих, а потім повільно видихають через рот. Повторивши кілька разів вправу ускладнюють. Для цього при видиху вимовляють по черзі кілька звуків: розтягнутий «ф»; розтягнутий «с»; розтягнутий «ш»; розтягнутий «х».

Після виконання комплексу вправ необхідно проводять диференційований масаж кожної ділянки обличчя, релаксуючи або

стимулюючи певні м'язи. Для зняття скутості м'язів масажують язик, губи, внутрішні поверхні щік, вуха, голову, кисті рук.

Доцільно включати до занять вправи на скоромовки. Вони покращують дикцію, відновлюють рухливість язика. Спочатку дають завдання пацієнту домовити відому йому скоромовку, поступово збільшуючи кількість сказаних ним слів. Вправу доводять до досконалості [8, 9].

Як допоміжні засоби реабілітації використовують: музикотерапію (якщо пацієнту, важко говорити, але він може співати); лицьова рефлексотерапія (впливає на біологічно активні точки на обличчі); акупунктура (переважно при моторній афазії) [7, 9]. Широко застосовують кінезотерапію, прогулянки на свіжому повітрі, дієту.

Лікарські засоби допомагають значно знизити рівень тяжкості порушень, але вони не в змозі повністю відновити втрачені функції. Позитивний результат буде лише у комплексному підході до вирішення проблеми (за рахунок поєднання з іншими способами терапії). У той же час реабілітаційна програма повинна відповідати конкретному періоду захворювання або травматичної хвороби, а також характеру перебігу патологічного процесу. Найбільш ефективна, триланкова схема поетапного відновного лікування: ранній відновлювальний (до 3 місяців); пізній відновлювальний (до 1 року); етап компенсації залишкових порушень рухових функцій (понад 1 рік).

Висновки:

1. Лікування та фізична реабілітація хворих після черепно-мозкових травм з субдуральними гематомами є складним комплексом, що включає широкий спектр лікувально-оздоровчих заходів.

2. При порушенні мовлення застосовують: логопедичний масаж; артикуляційно-дихальні вправи; рефлексотерапію; акупресуру; музикотерапію та інші лікувально-оздоровчі заходи згідно етапу, характеру травми та перебігу патологічного процесу.

3. Усі засоби в комплексі сприяють більш прискореному зниженню активності запального процесу, підвищенню захисних сил організму та найбільш повному відновленню пацієнтів з подальшим поверненням їх до соціуму.

Література:

- 1 Архипова Е.Ф. Логопедический массаж при дизартрии. М.: АСТ: Астрель; Владимир: ВКТ, 2008. 20с.
- 2 Єфіменко П.Б. Техніка та методика класичного масажу. 2-е видання перероб. й доп. Харків : ХНАДУ, 2013. 296 с.
- 3 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.
- 4 Иванова Н.Е. Последствия черепно-мозговой травмы // пособие по черепно-мозговой травме. СПб. Спецлит. 2000. 271 с.
- 5 Капитанов, Д.М. Отоневрологические и оториноларингологические последствия черепно-мозговой травмы // Черепно-мозговая травма. Клиническое руководство. М.: Антидор, 2002. С. 242-260.
- 6 Кошелевський Р. Основи дитячої рефлексотерапії. Тернопіль: Підручники і посібники, 2007. 248 с.
- 7 Ласточкина О.В. Логопедичний масаж: курс лекцій [навчально-методичний посібник для студентів спеціальності «Корекційна освіта. Логопедія»]. Суми: СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2012. 80с.
- 8 Логопедія: підручник / за ред. М.К. Шеремет. К.: Видавничий Дім «Слово», 2015. 776 с.
- 9 Лопатинська Н.А. Неврологічні основи логопедії. Курс лекцій: навчальний посібник для студентів спеціальності 016 «Спеціальна освіта» / Н.А. Лопатинська. Київ: Видавничий дім «Слово», 2017. 152 с.
- 10 Новикова Е. Зондовый массаж. Коррекция звукопроизношения. Наглядно-дидактическое пособие. Часть 1. М.: Издательство "Гном и Д", 2009. 457 с.

ЗАСТОСУВАННЯ МАСАЖУ ПРИ ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ СПОРТСМЕНІВ З БОЛЕМ У НИЖНІЙ ДІЛЯНЦІ СПИНИ

Медовець О.І.

Харківський національний медичний університет, Україна

Анотація. Біль у нижній ділянці спини є однією з найпоширеніших проблем опорно-рухового апарату в сучасному спорті. Застосування масажної терапії може мінімізувати біль, ступінь порушення функцій, прискорити процес реабілітації для повернення до активної спортивної діяльності. Стаття містить матеріали аналізу застосування масажу в комбінації з іншими методами фізичної реабілітації у даної категорії спортсменів.

Ключові слова: фізична реабілітація, біль у нижній ділянці спини, масаж, спортсмени.

Abstract. Lower back pain is one of the most common musculoskeletal problems in the modern sport. Use of massage therapy can minimize pain, degree of dysfunction, speed the rehabilitation process to return to the sport activity. The article contains analysis materials of massage interventions combined with other physical rehabilitation methods in this category of athletes.

Key words: physical rehabilitation, low back pain, massage, athletes.

Вступ. Біль у нижній ділянці спини є однією з найчастіших причин звернення до лікарів різного профілю - терапевтів, невропатологів, ревматологів, гінекологів та ін. Через високу поширеність і часту неможливість встановити його анатомічну причину цей симптом був внесений до міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10), клас XIII «Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини». Біль у нижній ділянці спини має кодування М 54.5.

Болем у нижній ділянці спини вважають будь-який біль, м'язове напруження, скутість, які локалізуються між XII парою ребер і нижньою сідничною складкою, біль може іррадіювати в ногу або ні [2].

Біль у нижній ділянці спини у спортсменів є поширеним явищем і займає одне з перших місць серед причин втрати спроможності продовжувати тренувальний процес та приймати участь у змаганнях. Частота виявлення

даного симптому у спортсменів варіює від 42% до 63% [4], а в деяких видах спорту доходить навіть до 85% [5].

Зі зрозумілих причин спортсмени піддаються більшому ризику отримати травму поперекового відділу хребта через велику фізичну активність. Незалежно від виду спорту хребет зазнає великого навантаження через високий осьовий тиск, скручування, часті різкі повороти та навіть прямі удари і пошкодження. Ця виснажлива діяльність створює надмірне навантаження на спину, що може спричинити травми навіть у найкращих і найбільш підготовлених спортсменів. Багато випадків болю в нижній ділянці спини у спортсменів виникають безпосередньо після травматизуючої події, інші викликані повторюваними незначними травмами, які призводять до мікротравматизації.

Багато спортсменів заперечують або мінімізують скарги, щоб уникнути необхідності знижувати навантаження, міняти план тренувань, вносити корективи в індивідуальний графік, пропускати змагання, сподіваючись на відновлення без втручання і допомоги лікарів. Уникнення медичної допомоги може призвести до подальших і більш серйозних травм, у деяких випадках без медичної допомоги анатомічні пошкодження можуть призвести до остаточного виключення зі спортивної діяльності.

Мета дослідження. Характеристика та оцінка ефективності застосування масажу в процесі фізичної реабілітації спортсменів з болем у нижній ділянці спини.

Методи дослідження. Аналіз та узагальнення матеріалів наукових статей та публікацій із літературних джерел та мережі Інтернет, які опубліковані по даній тематиці.

Хід дослідження та обговорення результатів. Одним з механізмів виникнення болю в нижній ділянці спини є недостатня стабільність хребта. У пацієнтів це може бути пов'язано з порушенням м'язового контролю глибоких м'язів тулуба: поперечний м'яз живота та багатороздільні м'язи, які відповідають за координацію та стабільність хребта [1, 8]. Прямий м'яз живота і зовнішні косі м'язи живота також мають вплив на стабілізацію хребта.

Надмірне загальне навантаження, неефективний розподіл сили, проблеми

з технікою, діапазоном руху, витривалістю – всі ці фактори можуть погіршити здатність поперекового відділу хребта протистояти впливу сил, яким він піддається [5].

Джерелами болю в попереку може бути міжхребцевий диск, нервові корінці, крижово-клубові суглоби, зв'язкова та м'язова тканини. Найбільш поширеними причинами болю в нижній ділянці спини у спортсменів є переломи, гострі грижі диска, забої і розтягнення м'язів, дегенеративні захворювання диска, спондилоліз, спондилолістез, фасетковий синдром, лордотична постава, запалення крижово-клубових з'єднань [6, 7].

При виникненні болю у спині вертеброгенного генезу клінічно виділяють три основні синдроми: вертебральний, міогенний та корінцевий. Поєднання вертебрального та міогенного синдромів становить клінічну симптоматику неспецифічного скелетно-м'язового болю.

Спазм та розтягнення м'язів часто визивають болі в спині. Серед міогенних синдромів виділяють м'язово-тонічний та міофасціальний. Клінічно визначається напруженість м'язів, пальпаторно визначають м'язові ущільнення, активні тригерні точки. Залучатися можуть практично всі м'язи: як паравертебральні, так і екстравертебральні. Спазм м'язів призводить до посилення дегенеративних змін, посилення болю, обмеження рухливості хребта, виникнення патологічної деформації хребетного стовпа. Основною причиною розвитку корінцевих синдромів є здавлювання грижі диска, спинномозкового корінця і живлячих його судин.

Більшість спортсменів із болями у спині мають порівняно сприятливу етіологію болю, найчастіше в практиці спортивного лікаря зустрічаються неспецифічні скелетно-м'язові болі.

Ризик розвитку болю в спині суттєво залежить від виду спорту. Найчастіше болі у нижній ділянці спини виникають при заняттях, які пов'язані з розгинальними та ротаційними навантаженнями на хребет. Види спорту, що мають найбільш високий рівень поширеності болю в спині – це гімнастика, акробатика, стрибки у воду, важка атлетика, боротьба, волейбол, гольф, теніс, американський футбол, гірські лижі, сноубордінг, спортивні танці, фігурне катання та веслування.

Лікування пацієнтів з болями в нижній ділянці спини складається з багатьох різних методів, включаючи фармакотерапію (нестероїдні протизапальні препарати, стероїди, міорелаксанти), але базується насамперед на фізичній реабілітації, яка включає фізичні вправи, мануальні процедури, теплову, ультразвукову, лазерну терапію, голковколювання, масаж. Невеликий відсоток хворих лікують хірургічним шляхом [2, 3, 7].

При лікуванні болю в нижній ділянці спини у спортсменів терапія спрямована на підвищення фізичної працездатності, розслаблення скорочених структур та зміцнення відповідних м'язових груп.

Програма фізичної реабілітації може включати черезшкірну електростимуляцію на м'язи нижньої ділянки спини, глибокий масаж поперекового відділу хребта, пасивну мобілізацію поперекових хребців, розтягнення та зміцнення розгиначів живота і спини [2]. Загальні рекомендації щодо застосування масажу - 10-15 сеансів по 20-30 хвилин кожен, рекомендований глибокий масажу тканин [3].

Програма реабілітації повинна обов'язково включати вправи на витривалість, баланс, пропріоцепцію, нейром'язовий контроль, силові та динамічні вправи.

Відновлення оптимальної механіки хребта є центральною частиною фізичної реабілітації. Це так звана стабілізація м'язів - поліпшення нервово-м'язового контролю, сили та витривалості м'язів, які є основними для підтримки динамічної стабільності хребта і тулуба, наприклад, поперечний черевний м'яз, багатороздільні м'язи та інші паравертебральні м'язи, м'язи живота, таза [5].

Масаж є невід'ємною складовою в реабілітації спортсменів. Його ефективність не визиває сумніву. Але в міжнародних протоколах не завжди присутній масаж тому, що його відносять до методів альтернативної медицини. В останній час з'явилися публікації і дослідження стосовно доказової бази щодо ефективності цього методу лікування, який використовується в комплексній програмі фізичної реабілітації [1, 2, 3].

Традиційний китайський масаж має давню історію лікування хронічного болю в попереку. Останні дослідження показали, що він також має позитивний

ефект для зменшення симптомів при болю в нижній ділянці спини. Сучасний масаж - це метод лікування, який заснований на теорії внутрішніх органів та меридіанів традиційної китайської медицини в поєднанні з патологічним діагнозом, анатомією та знаннями доказової західної медицини для діагностики та лікування пацієнтів. Масаж стимулює і діє на певні акупунктурні точки і частини тіла людини за допомогою різних масажних маніпуляцій. Сучасна медицина також вважає, що масаж визиває ряд фізіологічних і біохімічних реакцій в місцевих тканинах і може діяти на нервові закінчення, які локально розташовані. Через відповідне врегулювання нервових рефлексів та циркуляції лімфи посилюється фізіологічна відповідь і згодом визивається загальна реакція. Окрім цього масаж допомагає покращити циркуляцію крові, зменшує прояви запалення та корегує порушені функції фасеточних суглобів [1].

Висновки. Комплексна програма фізичної реабілітації спортсменів з болем у нижній ділянці спини обов'язково повинна включати масаж. Доказана ефективність масажу для зниження больового синдрому. Синергічний ефект масажу в поєднанні з вправами під час лікування може ефективно полегшити біль, покращити функціональні можливості поперекового відділу хребта, підвищити динамічну та статичну витривалість м'язів і має значний як короткостроковий, так і довгостроковий ефекти.

Позитивний вплив масажу в комбінації з вправами та іншими засобами фізичної реабілітації дозволяє скоротити термін процесу відновлення, сприяє підтриманню функціональних можливостей спортсменів та досягненню високого рівня функціонування відповідно до вимог конкретного виду спорту.

Перспективи подальших досліджень. Необхідні додаткові дослідження щодо застосування різних видів масажу в процесі фізичної реабілітації спортсменів та оцінки їх впливу на організм.

Література

1. Jianfeng Shu, Dong Li, Weijing Tao, Shu Chen, "Observation on the Curative Effect of Massage Manipulation Combined with Core Strength Training in Patients with Chronic Nonspecific Low Back Pain", Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, vol. 2021, Article ID 7534577, 7 pages, 2021. <https://doi.org/10.1155/2021/7534577>

2. Gashi, A. I., & Azemi, A. (2019). The effect of physical therapy in patients with chronic low back pain. *Sport Mont*, 17(1), 51-54. doi: 10.26773/smj.190209
3. Majchrzycki, M., Kocur, P., & Kotwicki, T. (2014). Deep tissue massage and nonsteroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: a prospective randomized trial. *TheScientificWorldJournal*, 2014, 287597. <https://doi.org/10.1155/2014/287597>
4. Wilson F, Ardern CL, Hartvigse J, et al. Prevalence and risk factors for back pain in sports: a systematic review with meta-analysis *British Journal of Sports Medicine* 2021;55:601-607. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2020-102537>
5. Standaert CJ, Herring SA, Pratt TW. Rehabilitation of the athlete with low back pain. *Curr Sports Med Rep*. 2004 Feb;3(1):35-40. DOI: 10.1249/00149619-200402000-00007. PMID: 14728912.
6. Ligia R. How to rehabilitate an athlete with low back pain *British Journal of Sports Medicine* 2011;45:e2. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bjism.2010.081570.12>
7. Mortazavi, J., Zebardast, J., & Mirzashahi, B. (2015). Low Back Pain in Athletes. *Asian journal of sports medicine*, 6(2), e24718. [https://doi.org/10.5812/asjism.6\(2\)2015.24718](https://doi.org/10.5812/asjism.6(2)2015.24718)
8. Saragiotto, B. T., Maher, C. G., Yamato, T. P., Costa, L. O., Menezes Costa, L. C., Ostelo, R. W., & Macedo, L. G. (2016). Motor control exercise for chronic non-specific low-back pain. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2016(1), CD012004. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012004>

ЗНАЧЕННЯ МАСАЖУ В РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ ПРОГРАМІ У ЖІНОК ВІД 50 ДО 65 РОКІВ ПІСЛЯ ОСТЕОПОРОТИЧНИХ ПЕРЕЛОМІВ ХРЕБЦІВ

Пашкевич С.А., Коленко А.А.

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. Вивчали роль шведської техніки масажу у реабілітаційній програмі у жінок у постменопаузі після остеопоротичного перелому хребця. Спостерігалось більш істотне покращання індексу неповносправності Освестрі у групі, де виконувався масаж, порівняно з показником контрольної групи ($p > 0,05$).

Ключові слова: реабілітаційна програма, шведська техніка масажу, жінки 50-65 років, остеопоротичний перелом хребця.

Annotation. The role of Swedish massage techniques in the rehabilitation program in postmenopausal women after osteoporotic vertebral fracture was studied. There was a more significant improvement in the index of disability Osvestri of the group where the massage was performed, compared with the control group ($p > 0.05$).

Keywords: rehabilitation program, Swedish massage technique, women 50-65 years old, osteoporotic vertebral fracture.

Вступ. Масаж широко використовується для полегшення ряду захворювань опорно-рухового апарату, включаючи біль у попереку та біль у кістках від метастазів злоякісних пухлин [4]. Через крихкість кісток багато масажистів відмовляються працювати з пацієнтами з остеопорозом. Але обережне використання масажу, поєднання декількох технік роботи з тілом, одночасна дія на причини остеопорозу та його симптоми рекомендується сучасними дослідниками. При правильному застосуванні м'які форми масажу можуть допомогти зменшити біль, пов'язаний з остеопорозом, і навіть покращити цей дегенеративний стан [3].

Відомо, що остеопороз часто супроводжується болями після переломів кісток. Зазвичай перелом консолидується протягом трьох місяців, однак біль може тривати довго. Застосований після загоєння перелому масаж є ефективним способом полегшення цього типу хронічного болю [4].

У «Посібнику для масажистів з патології» Рут Вернер дає таку пораду: «при лікуванні клієнтів з остеопорозом доцільність масажу різниться від людини до людини. Єдиний спосіб, яким масаж може погіршити ситуацію, - це докласти надмірну механічну силу, що може призвести до переломів. З іншого боку, слід пам'ятати про стан м'язів людини з остеопорозом: масаж тільки сприяє значному полегшенню симптомів, навіть якщо він не може повернути назад дегенерацію кісткової тканини. У будь-якому випадку, обережність є ключем до цієї умови». За її думкою, масаж не є методом лікування остеопорозу, але він може бути потужним засобом, щоб зменшити біль і обмеження рухів [10].

За даними британського королівського товариства остеопорозу [7] є

декілька різних технік, які можна використовувати під час масажної терапії. До них включають традиційний терапевтичний шведський масаж; тайський масаж, шиацу, сегментарно-рефлекторний масаж і міофасціальний реліз. На сьогодні на жаль немає конкретних наукових доказів того, що масаж або якась з його технік може полегшити біль після перелому, проте є невелика кількість доказів того, що масаж може бути ефективним для лікування болю в попереку в порівнянні з плацебо або фіктивної терапії для полегшення короткочасного болю та непрацездатності [7].

За даними систематичного огляду [2] шведський масаж показав сприятливий ефект для багатьох груп населення і може використовуватися як лікувальний засіб при остеопорозі.

Тобто включення шведської техніки масажу спини у реабілітаційну програму у жінок з остеопоротичними переломами може бути ефективним втручанням щодо зменшення болю і неповносправності.

Метою дослідження було оцінити ефективність включення лікувального масажу за шведською технікою у 12-тижневу індивідуалізовану програму фізичної терапії у жінок у періоді постменопаузи з остеопорозом та переломами хребця в анамнезі.

Хід дослідження та обговорення результатів. В дослідженні прийняли участь 15 жінок у віці від 50 до 65 років з переломом тіла хребця в нижньогрудному відділі хребта 6-8 місяців тому при умові попередньої реабілітації. Діагноз остеопороз було встановлено на підставі подвійної енергетичної рентгенівської абсорбціометрії (DXA). Жінки знаходилися під диспансерним наглядом сімейного лікаря або гінеколога та регулярно приймали призначені ліки.

Випадковим способом було обрано групи порівняння – контрольна група (КГ, 6 жінок), жінки якої самостійно щоденно виконували дозовану ходьбу, мали індивідуальні заняття з фізичним терапевтом 2 рази на тиждень за розробленою програмою (10-12 занять), 1 раз на тиждень виконували вправи на баланс з помічником ерготерапевта (8 занять). Основна група (ОГ, 5 жінок), жінки якої мали ту ж саму програму, але індивідуальні заняття з фізичним терапевтом були скорочені на 30 хвилин для проведення 10-12 сеансів

лікувального масажу.

Усім жінкам була рекомендовано 8000-10000 тисяч кроків на день з урахуванням досягнення аеробної фізичної активності помірної інтенсивності з прогресуванням швидкості ходьби в залежності від частоти серцевих скорочень при навантаженні. Індивідуальна програма для ОГ була розроблена на підставі визначених цілей, включала корекцію постави, модифіковані вправи для зміцнення м'язів тулуба та нижніх кінцівок.

Лікувальний масаж проводився однією особою за технікою шведського масажу спини з урахуванням застережень, а дозування підбирали в залежності від індивідуальних особливостей жінки [5].

Застереження щодо використання масажу при остеопорозі:

- обов'язкове комфортне вихідне положення (лежачи на животі, подушка вздовж під тулубом, лежачи на спині, подушка або рушник уздовж під спину і валик під шийним відділом хребта для зниження надлишкового тиску на кістки);

- ніяких методів мобілізації, які надають навантаження на кістки, наприклад, мобілізація ребер, агресивна гра суглобів;

- ніколи не можна робити глибокий сильний масаж біля хребта.

Оцінка інтенсивності болю відбувалася за ВАШ, вплив хронічного болю в попереку на виконання щоденних завдань та життя людини в цілому визначалася за індексом неповносправності Освестрі (ODI) [1]. Пацієнтки заповнювали опитувальники на початку та наприкінці програми. Для загальної характеристики показників використовували описову статистику. Для тестування відмінності між групами у динаміці внаслідок невеликої кількості спостережень використовували непараметричну статистику.

Вихідні показники клінічних та функціональних досліджень жінок груп порівняння істотно не відрізнялись ($p > 0,05$).

Середня оцінка болю в спині за ВАШ на початку дослідження становила в КГ $3,5 \pm 1,7$ балів, а в ОГ - $3,5 \pm 1,5$ балів. Під час спостереження спостерігалось значне покращення показника ВАШ (значення $p < 0,05$). Остаточна оцінка ВАШ за 12 тижнів показала зменшення на 71,42 % в КГ та на 57,14 % в ОГ порівняно з початковим показником.

У пацієток ОГ попередній показник ODI був $32,7 \pm 4,5$ %, в той же час жінки КГ мали його практично тотожним - $31,8 \pm 4,2$ %. Після 12-тижневої програми реабілітації у пацієток з ОГ він покращився на 81,35 %, а в КГ тільки на 65,09 %.

Отримані після втручання результати свідчили про зміни більшості показників обох груп порівняння, суттєво полегшився біль за ВАШ (в КГ від $3,5 \pm 1,7$ перед втручанням до $1,0 \pm 0,9$ балів після; у ОГ від $3,5 \pm 1,5$ до $1,5 \pm 0,8$ балів, $p < 0,05$), поліпшилися показники ODI (в КГ – з $31,8 \pm 4,2$ % до $11,1 \pm 2,2$ %; в ОГ – з $32,7 \pm 4,5$ % до $6,1 \pm 2,5$ %, $p < 0,05$). При цьому була встановлена різниця між групами порівняння тільки за оцінками ODI ($p < 0,05$).

Сама хвороба та пов'язані з нею ускладнення мають несприятливий вплив на фізичний, психічний стан пацієток, соціальне та емоційне здоров'я та призводять до зниження якості життя та їх повсякденну активність. В дослідженні [8] оцінювали біль, якість життя та задоволеність пацієнтів у постменопаузі. Оцінка болю за ВАШ складала на початку $3,1 \pm 2,5$ балів та знижувалася до $2,6 \pm 2,5$ балів після тривалого консервативного лікування. На початку етапу довготривалої реабілітації наше дослідження показало схожі оцінки, але після проведення розробленої реабілітаційної програми ми отримали оцінку болю за ВАШ від 0,1 до 2,2 балів, що може свідчити про необхідність доповнення фармакологічного лікування фізіотерапевтичним.

Оцінка болю, інвалідності та задоволеності пацієнтів з остеопоротичними компресійними переломами хребців у аналогічних пацієнтів у Кореї складала за ВАШ - 5,2 бали та індексу неповносправності Освестрі - ODI - 47,7 % [6]. Це майже співпадало з оцінками відповідного етапу лікування на початку дослідження ($3,5 \pm 1,7$ балів та $31,8 \pm 4,2$ %, відповідно), що в свою чергу може обумовлювати необхідність впровадження реабілітаційної програми, яка навіть на попередньому етапі дослідження показала високу ефективність.

Однак є дослідження [9] в яких при мультидисциплінарному консервативному лікуванні показники ВАШ та ODI після гострого та підгострого етапів реабілітації були істотно кращими (ODI складав 20,02 %, ВАШ - 1,37 балів). Ці жінки потребували меншої уваги реабілітаційних фахівців внаслідок невисокого рівня болю та низьких рівнів непрацездатності.

Тобто у подальших наукових дослідженнях потрібно звернути увагу на попередні етапи реабілітації.

Висновки

Достовірна різниця між показниками ОГ та КГ за ODI ($p < 0,05$) може свідчити про значущість включення шведської техніки лікувального масажу у реабілітаційну програму та можливість покращувати якість життя пацієнток, однак істотне зменшення болю у динаміці дослідження та відсутність достовірної різниці між групами порівняння за шкалою ВАШ підкреслює досить високу результативність реабілітаційної програми без включення масажу.

Це потребує подальших досліджень зі збільшенням кількості спостережень з оцінкою довготривалих ефектів та змін щільності кісток.

Література:

1. Павлова Ю. О., Федорович О. Б., Передерій А. В., Тимрук-Скоропад К. А. Розроблення української версії індексу неповносправності Освестрі – міжкультурна адаптація та валідація інструмента / Ю.О. Павлова, О.Б. Федорович, А. В. Передерій, К. А. Тимрук-Скоропад // Український журнал медицини, біології та спорту. – 2020. - Т. 6. - № 3. – С. 300-309. http://nbuv.gov.ua/UJRN/ujmbs_2021_6_3_42.

2. Barreto Débora. Swedish Massage: A Systematic Review of its Physical and Psychological Benefits / Débora Barreto, Marcus Batista. // Advances in mind-body medicine. - 2017. - № 31. – p. 16-20.

3. Bhargav P. Complementary Therapies for Osteoporosis / Praerna Bhargav, Hemant Bhargav, Raghram Nagarathna. // Alternative and Complementary Therapies. – 2011. - № 22. – p. 1-6.

4. Jane S.W. Effects of massage on pain, mood status, relaxation, and sleep in Taiwanese patients with metastatic bone pain: a randomized clinical trial / S.W. Jane, S.L. Chen, D.J. Wilkie at all. // Pain. - 2011. - 152(10). – p. 2432–2442. doi: 10.1016/j.pain.2011.06.021.

5. Jennifer De Goursat [Електронний ресурс] Swedish Massage for the Back: Step by Step Instructions for the Beginner. OpenStax CNX. 10. <http://cnx.org/contents/6204bd5b-9621-4f1e-8019-4e6c6c7cb8f7@1>.

6. Kim K.W. A nation-wide, outpatient-based survey on the pain, disability, and satisfaction of patients with osteoporotic vertebral compression fractures / K.W. Kim, K.J. Cho, S.W. Kim, S.H. Lee, M.H. An, J.H. Im // *Asian Spine J.* – 2013. - №7(4). – p. 301-307. doi:10.4184/asj.2013.7.4.301
7. Living with osteoporosis: complementary therapies for pain and symptoms after fractures [Електронний ресурс] <https://theros.org.uk/media/km2hfczd/ros-complementary-therapies-for-pain-and-symptoms-after-fractures-fact-sheet-december-2018.pdf>
8. Özsoy-Ünüböl T. Evaluation of pain, quality of life, and patient satisfaction in parenterally treated patients with postmenopausal osteoporosis / T. Özsoy-Ünüböl, G. Akyüz, S. Mirzayeva, T. Güler // *Turkish journal of physical medicine and rehabilitation.* - 2020. - № 66(3). – p. 262–270.
<https://doi.org/10.5606/tftrd.2020.4114>
9. Shah S. Conservative Management of Osteoporotic Vertebral Fractures: A Prospective Study of Thirty Patients / S. Shah, A.B. Goregaonkar // *Cureus.* - 2016. - № 8(3). – p. 542. <https://doi.org/10.7759/cureus.542>
10. Werner Ruth. A massage therapist's guide to pathology / Ruth Werner. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2013. - 691 p.

ЗАСТОСУВАННЯ ТЕХНІКИ КОМПРЕСІЙНОГО МАСАЖУ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАКРІПАЧЕННЯ МУСКУЛАТУРИ СПИНИ КОНЯ

Петрушко М. П., Тарасенко М. В., Геворкова К. С.

Державний біотехнологічний університет, Харків, Україна

Анотація. У роботі проаналізовані причини виникнення, механізм розвитку, ознаки прояву та наслідки закріпачення мускулатури спини, яке часто спостерігаються у спортивних та верхових коней в процесі тренінгу та роботи під сідлом, а також можливості профілактики та лікування даної патології за допомогою техніки компресійного масажу.

Ключові слова: кінь, роботоздатність, м'язи спини, пальпація, компресійний масаж.

Summary: the paper analyzes the causes, mechanism of development, signs and consequences of back muscle tightness, which is often observed at sport and riding horses during training and work under the saddle, and opportunities for prevention and treatment of this pathology with the help of the compression massage technique.

Key words: horse, working performance, back muscles, palpation, compression massage.

Вступ. Закріпачення мускулатури спини часто спостерігаються у спортивних та верхових коней і кількість таких випадків збільшується. Причиною розвитку патологічного процесу можуть бути пошкодження будь-якого із структурних елементів спини, а основними ознаками є біль у спині та втрата або зниження роботоздатності. Змінюється амплітуда руху, еластичність входження в поворот, керованість коня [7].

Найбільш поширені причини закріпачення м'язів спини:

- напруження, викликане одноманітною роботою (наприклад, багато галопу з однієї ноги або робота в один бік на корді);
- надто рихлий або надто твердий ґрунт;
- невідповідне або незбалансоване сідло;
- дуже незбалансований вершник (кінь намагатиметься компенсувати його «однобокість»);
- неправильна сідловка (наприклад, сідло лежить надто високо на холці, що не дає м'язам правильно працювати);
- занадто багато «шарів» під правильно підігнаним сідлом (всупереч думці деяких вершників, вони не зменшують, а навпаки збільшують тиск на спину коня).

Закріпачені м'язи спини можуть сигналізувати про наявність більш серйозних проблем з опорно-руховим апаратом, суглобами або зв'язками.

Мета та завдання дослідження.

Метою роботи було проаналізувати причини виникнення, механізм розвитку, ознаки прояву та наслідки закріпачення мускулатури спини, яке часто спостерігається у спортивних та верхових коней в процесі тренінгу та роботи

під сідлом, а також можливості профілактики та лікування даної патології за допомогою техніки компресійного масажу.

Хід дослідження та обговорення результатів. М'язи, закріпачення яких є частою причиною болю в спині, – це найдовші м'язи спини (*longissimus dorsi*) – найдовші та найбільші м'язи тіла коня та потужний розгинач хребта, а також міжреберні м'язи (*longissimus costarum*), які лежать нижче найдовших м'язів спини, проходять через ребра з кожного боку і беруть участь у бічному згинанні хребта та диханні. Ці м'язи дозволяють розтягнути спину та зігнути її убік [8].

Середня частина м'яза, яка виконує роботу з переміщення кістки, називається тілом м'яза. Воно складається із сотень крихтих волокон, кожне з яких має власне кровопостачання. При нормальній роботі м'яз скорочується і одразу розслабляється. М'язове закріпачення виникає, якщо м'яз не розслабляється повністю. Коли м'яз стає хронічно закріпаченим, волокна лежать ближче один до одного, здавлюються. Це обмежує потік крові через тіло м'яза. В результаті порушується обмін речовин, м'яз не може працювати ефективно, виникають больові відчуття.

М'язи спини забезпечують розтягнення спини, при їх закріпаченні кінь не може округлити спину, тому, наприклад, не може технічно стрибнути через перешкоду або рухатися хорошим зібраним галопом. Закріпачення міжреберних м'язів також впливатиме на здатність коня згинатися навколо внутрішнього шенкеля вершника.

Ознаки закріпачення або болю в області спини у коня:

- здригання або прогинання спини вниз при надяганні сідла;
- під час роботи під сідлом голова може бути високо піднята та/або спина провисати;
- менш вільний, ніж зазвичай, галоп;
- погане координування зусиль;
- відставляння заду замість того, щоб ступати задніми ногами під корпус;
- демонстрування плоского, настільного стрибка, відсутність баскюлювання;
- бочіння під час манежної роботи або подолання перешкод;

- опір бічним рухам.

При болі в спині кінь ніколи не буде козлити, оскільки йому для цього потрібно округлити спину, а нормальна реакція коня на біль та дискомфорт у спині – «опустити» спину вниз [6].

Для визначення закріпачення потрібно пальпувати найдовші м'язи спини і міжреберні м'язи з обох боків. Коня ставлять так, щоб його задня нога з відповідного боку була трохи позаду протилежної ноги. У такому положенні при пальпації простіше визначити проблемну ділянку [4].

Розпочинають пальпацію з холки, де починаються найдовші м'язи спини. Долоню або основу долоні кладуть на м'яз, обережно натискають, а потім відпускають. Під час цього руху лікоть слід тримати зігнути. Рухи мають бути м'якими, але впевненими. Таким чином, повільно переміщують долоню вздовж м'яза. Якщо тканина м'яза повертається в початкове положення після зняття тиску, заповнюючи руку, м'яз не закріпачений. З іншого боку, якщо м'язова тканина здається неподатливою, як дошка, і не заповнюється після зняття тиску, це означає, що вона закріпачена. При пальпації закріпаченого м'яза, кінь інстинктивно намагатиметься уникнути тиску, який викликає біль. Якщо закріпачення сильне, кінь прогинатиме спину під рукою. Після цього аналогічно пальпують міжреберні м'язи.

Загальні помилки при пальпації:

- пальпація жорстким та твердим предметом (наприклад, копитним крючком або кульковою ручкою) по всій довжині спини коня;
- захоплення м'язів пальцями;
- натискання кінчиками пальців.

Така неправильна пальпація стимулює чутливі нервові закінчення на поверхні шкіри коня, змушуючи його здригатися, незалежно від того закріпачені його м'язи чи ні.

Розслаблюючий масаж. Якщо в результаті пальпації виявлено закріпачення обох або одного з м'язів спини коня, можна використовувати техніку компресійного масажу Wilson-Meagher Sportsmassage, щоб усунути цю проблему. Цей метод може використовувати будь-яка людина без попереднього навчання.

Техніка компресійного масажу полягає у м'якому натисканні відкритою долонею або основою долоні на закріпачені м'язові волокна, що збільшує простір між ними для поліпшення кровообігу та поступового розслаблення м'яза [1].

Щоб ефективно масажувати коня, потрібно стати по діагоналі до нього у стійку позицію: при роботі правою рукою, ліву ногу зрушити назад, щоб енергія переміщалася від ноги вгору через тулуб до руки, що робить масаж [2].

Починають масаж з найдовшого м'яза спини в самій передній точці, де цей м'яз доступний (прямо за холкою). Роблячи компресійний масаж, потрібно покласти долоню або основу долоні на м'яз і натиснути прямо і глибоко у напрямку кістки. Скелет коня є основою, яка дозволяє тиску поширяться м'язовими волокнами.

Помірно натискаючи на м'яз, потрібно зробити сім натискань протягом п'яти секунд у ритмічному темпі, поступово просуваючись по всій довжині м'яза. Повторюють послідовність семи натискань кілька разів на одному місці, потім переміщуються далі. Таку ж техніку компресійного масажу повторюють і на міжреберних м'язах, потім переходять на інший бік. Загалом масаж займає близько 20 хвилин [5].

Щоб посилити сприятливий вплив масажу на м'язи спини після його закінчення корисно попрацювати коня кентером (скороченим галопом) кілька хвилин в обох напрямках. Рамка має бути розтягнутою, але зад підведений. Цей вид галопу стимулює коня подовжувати м'язи спини та розслабляти їх.

Якщо проблема не серйозна (наприклад, просто кріпатура), то вже після першого сеансу масажу помітне покращення стану та роботоздатності коня. За необхідності можна повторити масаж ще раз або два для отримання кращого результату [3].

Висновки.

1. Закріпачення мускулатури спини – серйозна проблема, яка значно знижує роботоздатність спортивного коня, а при тривалому прояві може спричинити хронічні ускладнення та повністю вивести коня з експлуатації.

2. Закріпачені м'язи спини можуть свідчити про наявність більш серйозних проблем з опорно-руховим апаратом, суглобами або зв'язками.

3. Для усунення закріпачення м'язів спини можна ефективно використовувати техніку компресійного масажу Wilson-Meagher Sportsmassage, яка сприяє покращенню кровообігу, розслабленню м'язів і вже після кількох застосувань дозволяє досягти значного покращення стану коня.

4. Регулярне застосування компресійного масажу корисне для профілактики болю та закріпачення м'язів.

5. Якщо після кількох сеансів компресійного масажу закріпачення м'язів не усунуто, а стан і роботоздатність коня не покращились, необхідно звернутися до ветеринарного лікаря.

Перспективи подальших досліджень. Подальші дослідження слід спрямувати на вивчення можливості комбінації масажу з іншими методами фізичної реабілітації з метою збереження здоров'я та підвищення роботоздатності спортивних коней.

Література

1. Джо-Энн Уилсон. Массаж: освободите от напряжения спину лошади [Електронний ресурс]. – Режим доступу:

[E:\https://www.prokoni.ru/articles/1231/massaj_osvobodite_ot_napryajeniya_s_pinu_loshadi.html](https://www.prokoni.ru/articles/1231/massaj_osvobodite_ot_napryajeniya_s_pinu_loshadi.html) / (12.07.2018).

2. Дубровский В. И. Практическое пособие по массажу / В.И. Дубровский, Н. М. Дубровская. – Москва: Издательство Шаг, 1993.

3. Зибрева О. Восстановительный массаж лошадей [Електронний ресурс] / О. Зибрева // Золотой Мустанг. – 1998. – ЗМ №2(05). – Режим доступу: <http://www.fanya.spb.ru/st/mas.html/> (18.04.2016).

4. Левченко В. І. Клінічна діагностика хвороб тварин / В. І. Левченко, В. В. Влізло, І. П. Кондрахін та ін. – Біла Церква, 2017. – 544 с.

5. Мальштедт Д. Массаж лошадей по акупунктурным точкам (по Пенцелю) / Д. Мальштедт. – Аквариум, 2003. – 240 с.

6. Теллингтон-Джонс Л. Понимание индивидуальности и воздействие на характер лошади. Уникальный метод TTouch / Л. Теллингтон-Джонс. – М.: Аквариум-Принт, 2012. – 226 с.

7. Faber, M. J., Van Weeren, P. R., Schepers, M. and Barneveld, A. (2003) Long-term follow-up of manipulative treatment in a horse with back problems. J. Vet.

Med. A. Physiol. Pathol. Clin. Med, 50(5): 241–245.

8. Haussler, K. K. and Jeffcott, L. B. (2014) Back and pelvis. In: Hinchcliff, K. W., Kaneps, A. J. and Geor, R. J., editor. Equine Sports Medicine and Surgery: Basic and Clinical Sciences of the Equine Athlete. 2nd ed. Saunders Elsevier, United Kingdom. P. 433.

МАСАЖ У РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ МЕНЕДЖМЕНТІ МІОФАСЦІАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ

Полковник-Маркова В.С.

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація: Розкрито місце масажу та інших мануальних технік при дисфункціях скронево-нижньощелепного суглоба. Охарактеризовано основні підходи до використання різних мануальних технік у стоматологічних хворих з міофасціальними розладами щелепно-лицьової ділянки.

Ключові слова: скронево-нижньощелепний суглоб, міофасціальні розлади, масаж, постізометрична релаксація.

Abstract: The significance of massage and other manual techniques for dysfunctions of the temporomandibular joint is revealed. The main approaches to the use of various manual techniques in dental patients with myofascial disorders of the maxillofacial region are characterized.

Key words: temporomandibular joint, myofascial disorders, massage, post-isometric relaxation.

Вступ. У наш час актуальною проблемою стоматології є вивчення питань синдрому больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС), яка виявляється в 14% - 20% підлітків і значно зростає з віком [8]. При патології СНЩС його дисфункцію виявляють у 80% обстежених хворих. У понад 90% людей патологічні явища в ділянці скронево-нижньощелепного суглоба не мають нічого спільного із запальними процесами цього сполучення. Чільне місце при цьому займають різні дисфункції та больовий спазм окремих ділянок жувальних м'язів [2].

Міофасціальні розлади в лицьовій мускулатурі розвиваються за тими самими механізмами, що і в скелетній, і зумовлюють 10% - 20% больових

синдромів обличчя. Механізм розвитку м'язового болю полягає в тому, що на початковому етапі в м'язі виникає залишкове напруження, а потім – постійний локальний гіпертонус. Комплексна терапія передбачає корекцію прикусу та обмеження навантаження на жувальні м'язи (протипоказана жувальна гумка). За наявності тригерних точок у жувальних м'язах добрий ефект забезпечують їх блокада з новокаїном і суха пункція. Показані постізометрична релаксація уражених м'язів, масаж обличчя, фізіотерапія, голкорексфлексотерапія. Для фармакологічної терапії міофасціальної больової дисфункції використовують міорелаксанти, психотропні засоби, нестероїдні протизапальні препарати, вітаміни групи В [6].

Нині чітко розрізняють дві самосійні групи захворювань СНЩС:

- 1) захворювання, при яких спостерігається ураження суглобових тканин;
- 2) захворювання, обумовлені патологією жувальних м'язів і будовою зубощелепної системи [8].

Симптоми дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба: біль в області СНЩС; ниючий біль в області вуха; обмеження рухливості суглоба; клацання або скрегіт при відкриванні рота або жуванні; біль і напруження в м'язах голови і шиї, виникнення ущільнень по ходу м'язів, хворобливих при натисненні; головний біль (пов'язаний з постійним напруженням м'язів, що утримують нижню щелепу) [5].

Існує обмежена кількість доказів того, що акупунктура і мануальна терапія є ефективним симптоматичним лікуванням синдрому Костена. Широко застосовуються масаж періартикулярних м'язів, фізіотерапевтичне лікування, кінезіотерапія, постізометрична релаксація для жувальної мускулатури, включаючи аутотехніки [1].

Мета та завдання дослідження. Розкрити місце масажу в реабілітаційному менеджменті міофасціальних розладів щелепно-лицьової ділянки.

Методи дослідження. Аналіз сучасних джерел інформації з проблем реабілітації хворих із захворюваннями щелепно-лицьової ділянки.

Хід дослідження та обговорення результатів. Рухову частину жувального апарату утворюють нижня і верхня щелепи, суглоби і м'язи.

Щелепні кістки з прилягаючими до них кістками черепа (скронева, скулова, піднебінна й ін.) складають скелет жувального апарата.

Рухи нижньої щелепи здійснюються завдяки особливій будові скронево-щелепних суглобів. Суглоби мають міжсуглобовий диск, що поділяє суглобову порожнину на дві частини, та забезпечує комбінований (поступальний і обертальний) рух суглобової голівки. Функцію жувального апарата (жування, ковтання, мова, дихання) забезпечує його активна частина – м'язи. Розрізняють мимічну і жувальну мускулатуру [6].

Жувальні м'язи, що безпосередньо здійснюють різні рухи нижньої щелепи, підрозділяються на такі групи: м'язи, що піднімають нижню щелепу; м'язи, що опускають нижню щелепу. Особливість цих груп м'язів полягає в тім, що вони прикріплюються до двох рухливих кісток, нижньої щелепи і під'язичної кістки. Функція цих м'язів може виявлятися тільки разом з м'язами шиї, що лежать нижче під'язичної кістки. Ця група м'язів бере участь в акті ковтання; латеральний крилоподібний м'яз сприяє горизонтальним рухам нижньої щелепи (сагітальним і бічним). Функціональний стан латерального крилоподібного м'яза можна оцінити шляхом його скорочення в умовах ізометрії – ізометричне тестування цього м'яза.

Суть цього метода полягає в тому, що коли пацієнта просять змістити нижню щелепу в бік (латеротрузійний рух), одночасно проводять утримання нижньої щелепи в нерухомому стані, перешкоджаючи зміщенню, при цьому пацієнт прикладає зусилля на зустріч перешкоді – долоні лікаря. Біль при цьому виникає тільки за наявності патології у скронево-нижньощелепному суглобі. Під поняттям «позитивний ізометричний тест» розуміють наявність реакції пацієнта у вигляді прикладання долоні до ділянки суглоба одразу після тесту, зміну миміки, що сигналізувала про больові відчуття, а також при опитуванні: упевнене підтвердження посилення болю при намаганні змістити щелепу в бік, тобто в напрямку долоні лікаря, який утримує нижню щелепу практично нерухомо. Під поняттям «негативний ізометричний тест» розуміють відсутність або притуплене (слабкопозитивне) точніше віддалене відчуття болю в суглобі, значно менше за інтенсивністю, ніж у обстежених з різко позитивним ізометричним тестом [2].

Для визначення ступеня обмеження відкривання рота зазвичай використовують трьохфаланговий тест: у нормі при повністю відкритому роті між верхніми і нижніми різцями повинні проходити складені разом проксимальні міжфалангові суглоби вказівного, середнього та безіменного пальців. За наявності в жувальних м'язах активних або латентних ТТ відкривання рота можливе на товщину двох проксимальних міжфалангових суглобів. При сильному ураженні цих м'язів рот може бути відкритий максимум на товщину півтора суглоба [6].

Отже, причинами розвитку дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба: різні нервові роздратування, стреси; артрити, артрози та інші захворювання суглоба; травми СНЩС; неправильний прикус; бруксизм (скрегіт зубами уві сні внаслідок гіпертонусу жувальної мускулатури); некоректне лікування: неправильна постановка пломби, невірний підбір зубного протеза; надмірні навантаження при заняттях атлетичними видами спорту [1, 8].

Механізм розвитку м'язового болю полягає в тому, що на початковому етапі в м'язі виникає залишкове напруження, а потім - постійний локальний гіпертонус. Локальні м'язові гіпертонуси спричиняють короточасні болючі спазми м'язів (кramпi), наприклад, спазм м'язів щелепної ділянки при форсованому відкриванні рота. Часто такі гіпертонуси призводять до постійного м'язового напруження і хронічного болю. При тривалому фіксованому локальному гіпертонусі в спазмованих м'язах виникають вторинні розлади: судинні, обмінні, запальні, що посилює біль. Локальні м'язові гіпертонуси – джерело локального і відображеного болю, тригерні точки (ТТ). На обличчі ТТ найчастіше локалізуються в жувальних м'язах, скроневого, латерального і медіального крилоподібних м'язах [7].

Лікування дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба як і міофасціального синдрому обличчя має бути комплексним, що враховує етіологію, патогенез, стадію захворювання, індивідуальні особливості його перебігу і стану самого хворого. Деякі автори вказують на необхідність проведення психотерапії перед початком лікування. Одним з важливих елементів лікування захворювань СНЩС є методика функціонального розслаблення. Зокрема, при підвищеному тонусі жувальної мускулатури

застосовується методика функціональної міорелаксації жувальних м'язів. Зняттю напруження і спазму жувальної мускулатури сприяє аутогенне тренування [2, 3].

Відновлення нормальної архітекτονіки м'язів можливе лише при усуненні гіпертонусу - інактивації тригерних точок (ТТ). Це досягається поєднанням постізометричної релаксації (ПІР) з дозованим розтягненням ураженого м'яза у певних напрямках та послідовності. Методика розтягування м'язів включає: релаксацію, стабілізацію та пасивне розтягнення [3, 6].

Болі при дисфункціях СНЩС найчастіше локалізуються у латеральному крилоподібному м'язі. Його розтягнення проводять у вихідному положенні лежачі на спині: плавно, з деяким зусиллям направляють нижню щелепу до заду, зміщуючи її то в один то в інший бік, зуби при цьому не змикають. ПІР латерального крилоподібного м'яза також проводять лежачи на спині, терапевт фіксує перші пальці рук на горизонтальних гілках нижньої щелепи, а II-IV пальці на поперечних відростках С₂-С₃ паравертебрально, під час вдиху пацієнт висуває нижню щелепу вперед, з дозованим супротивом 5-7 с, під час видиху з поглядом пацієнта вниз, терапевт зміщує нижню щелепу вниз [6].

Класичний масаж має ефективну релаксуючу дію як в комплексі з постізометричною релаксацією так і як самостійна процедура. В будь якому випадку масажують верхню і нижню щелепи. Починають з верхньої щелепи у напрямі від носа до козелків вух. Спочатку долонною поверхнею пальців погладжують і поверхнево прямолінійно розтирають. Потім м'яко натискають і розминають м'які м'язи. Після цього спіралеподібними рухами розтирають зону біля козелка. Після кожного прийому та наприкінці повторюють погладження.

Нижню щелепу масажують подушечками пальців від її середини до мочок вух у такій послідовності: погладження; поверхневі прямолінійні й спіралеподібні розтирання; м'які натискання і розминання м'яких м'язів; розтирання круговими рухами кутів нижньої щелепи та зон навколо мочок. Періодично та наприкінці повторюють погладження. Важливим моментом є розтирання подушечками пальців зони прилеглої до скронево-

нижньощелепного суглоба. На закінчення даної процедури знаходять тригерні точки у прилеглих м'язах и розминають їх круговими рухами пальців [4].

Нині для активізації уражених м'язів локомоторного апарату фахівці рекомендують «комплексні рухи» за умови пропріоцептивного полегшення. Цей напрямок оформився у систему ЛГ, відому як система Н. Kabat (1950), або метод "пропріоцептивного нейром'язового полегшення" (Proprioceptive Neuromuscular Facilitation – PNF). Метод передбачає наступне. Пропріоцептивне нейром'язове полегшення (перевиховання) починається з видалення дисоціації ураженого м'яза. Це перевиховання починається з моменту, коли загальний стан хворого дозволяє і коли інтенсивність м'язового спазму помітно знизилася. Способом перевиховання є стимулювання, яким збуджується пропріоцептивний механізм дисоційованого м'яза та сухожилля. Весь процес перевиховання в рамках аналітичного методу представлений як відновлення фізіологічної безперервності нервових шляхів: реставрація свідомості хворого на виконання руху; усунення інкоординації; відновлення м'язової функції.

Дещо пізніше метод PNF був використаний вже і при патології щелепно-лицьової області (Buck M., Beckers D., Adler S.S., 2005). При дисфункції СНЩС використовують PNF *m. masseter* та *m. temporaris* у положенні пацієнта лежачі на спині: просять пацієнта закрити рота, ніби кусаючи, створюючи при цьому руками опір до руху нижньої щелепи по діагоналі вниз направо і вниз наліво. При цьому рух із опором по прямій лінії вниз не рекомендований, оскільки він може порушити роботу суглоба. PNF *m. infrahyoidei* та *m. suprahyoid*: положення пацієнта – те саме. Просять пацієнта відкрити рот, створюючи при цьому опір руками під підборіддям діагоналі або у прямому напрямку [3].

Висновки. Більшість авторів повідомляють про ефективність мануальних технік і в тому числі класичного масажу при дисфункціях СНЩС, які супроводжуються міофасціальними болями обличчя: знижують больовий синдром, нормалізують амплітуду безболісного руху нижньої щелепи, підвищують ефективність інших методів лікування (насамперед оклюзійних).

Література.

1. Гордеева И.Е., Ансаров Х.Ш. Синдром Костена: взгляд невролога на проблему. *Лекарственный вестник* № 1 (73). 2019. Том 13С. 26-34
2. Дрогомирецька М.С., Мірза Р.О. Клінічна нейром'язова діагностика та профілактика ускладнень при лікуванні вивиху диска скронево-нижньощелепного суглоба, який не можна вправити. *Сучасна стоматологія* №3, 2018. С. 78-85.
3. Епифанов В.А., Епифанов А.В. Медицинская реабилитация при заболеваниях и повреждениях челюстно-лицевой области. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. С. 103-134.
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. Мельник В.Л., Шевченко В.К., Силенко Ю.І. Місце синдрому больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба серед больових синдромів обличчя. *Український стоматологічний альманах*, 2018. № 1. С. 79-82
6. Мороз Г.А., Васильева В.В., Кулик Н.М. Основы спортивной медицины. Физическая реабилитация в стоматологии: Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов III-IV уровней аккредитации. Симферополь: Издат. центр КГМУ имени С.И. Георгиевского. 2014. 156 с.
7. Орос М. М. Міофасціальний біль обличчя. *Український неврологічний журнал*. 2016, № 2. С. 75-80.
8. Черкашин С.І., Ребуха Л.В. Історичні та сучасні погляди на класифікацію, клініку, діагностику хронічних артритів скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС). *Клінічна стоматологія* №1-2, 2011. С.41-46.

МАСАЖ У ПРОГРАМІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ЖІНОК З ОПУЩЕННЯМ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Руденко Р.Є., Павлишин Н.А.

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

Анотація. Проведено теоретичний аналіз до застосування та визначено сутність масажу у програмі фізичної терапії жінок з опущенням органів черевної порожнини. Систематизовано засоби масажу та їх використання під час процедури масажу згідно класифікації захворювання. Нами доведено, що амплітуда тонузу прямого м'яза живота жінок групи порівняння наприкінці дослідження підвищилася на 5 міотонів, у жінок основної групи – на 14,8 міотона; косого м'яза живота: в основній групі на 5,2 міотона, у групі порівняння – на 2,0 міотона. Обґрунтовано застосування програми фізичної терапії для жінок з опущенням органів черевної порожнини.

Ключові слова: жінки, масаж, міотонетрія, опущення органів черевної порожнини, програма, фізична терапія.

Abstract. Theoretical analysis for application was carried out and the essence of massage in the program of physical therapy of women with lowering of abdominal organs was determined. Massage products and their use during the massage procedure according to the classification of the disease are systematized. We proved that the amplitude of the tone of the rectus abdominis of women in the comparison group at the end of the study increased by 5 myotones, in women of the main group - by 14.8 myotones; oblique muscle: 5.2 myotones in the main group and 2.0 myotons in the comparison group. The application of the program of physical therapy for women with lowering of abdominal organs is substantiated.

Key words: women, massage, myotonometry, lowering of the abdominal organs, program, physical therapy.

Вступ. Положення внутрішніх органів не є стабільним, фіксованим. Для здорових осіб характерна їх фізіологічна рухливість [5]. Порушення положення органів черевної порожнини у патологічних умовах переходить у стале і призводить до появи комплексу відповідних больових явищ [1, 4]. Найчастіше ці порушення є наслідком взаємодії пологової травми і недостатністю

фізичного розвитку хворих (С. К. Голяка, 2016). Медикаментозне лікування не забезпечує усунення причин захворювання, а лише зменшую наявність болювого синдрому [3, 8]. Засоби та методи фізичної терапії скеровані на укріплення м'язів черевного пресу, промежини, покращення роботи систем організму [3, 8]. Основні цілі та завдання застосування масажу для осіб з опущенням органів черевної порожнини полягають в розширенні можливостей фізичної спроможності осіб з опущенням органів черевної порожнини.

Мета дослідження – обґрунтувати засоби та методи масажу та визначити їх ефективність у програмі фізичної терапії жінок з опущенням органів черевної порожнини.

Завдання дослідження.

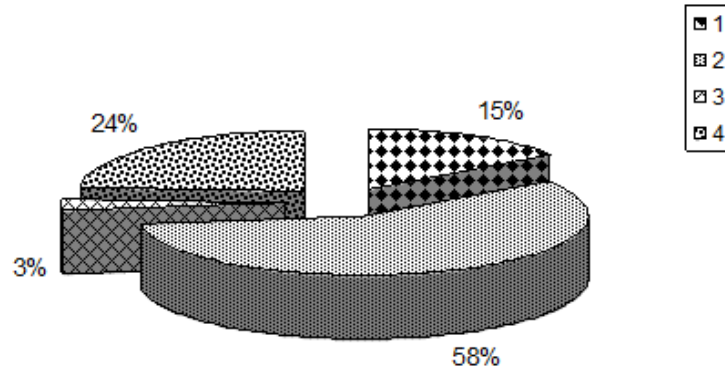
1. Провести аналіз та узагальнити сучасні дані літературних джерел з питань фізичної терапії осіб з опущенням органів черевної порожнини.

2. Обґрунтувати доцільність застосування масажу для осіб з опущенням органів черевної порожнини.

Методи дослідження та організація дослідження. Аналіз та узагальнення науково-теоретичних і методичних джерел з проблеми фізичної терапії та застосування масажу для осіб з опущенням органів черевної порожнини, міотонетрія. Об'єктом педагогічних спостережень були жінки 40–50 років з опущенням органів черевної порожнини.

Хід дослідження та обговорення результатів. Згідно програми фізичної терапії жінкам основної групи тричі на тиждень застосовували лікувальну фізкультуру, частковий масаж окремих ділянок тіла (вибірковий масаж та елементи сегментарно-рефлекторного масажу). Жінки групи порівняння займалися комплексами вправ загальнорозвиваючого та спеціального призначення, виконувався класичний масаж, рекомендований оздоровчо-реабілітаційним центром на базі якого проводилися дослідження.

Аналізуючи медичні картки досліджуваних нами жінок було встановлено різновиди опущення внутрішніх органів (рис.1).



$n=20$

Рис. 1. Різновиди опущення внутрішніх органів досліджуваних жінок 40–50 років основної групи та групи порівняння.

Умовні позначення: 58 % – опущення органів черевної порожнини; 24 % – опущення шлунку; 15 % – опущення жіночих статевих органів; 3 % – опущення нирки.

Добираючи прийоми масажу для жінок із опущенням органів черевної порожнини ми враховували вікові особливості, загальний стан організму, ступені фізичного розвитку, адаптацію до фізичних навантажень, характер захворювання, стадії процесу, ступені функціональних розладів та даних лабораторних досліджень, результати контрольно-діагностичних вправ й функціональних проб. Масаж призначали для зміцнення м'язів черевного пресу, всього організму, повернення органів черевної порожнини в нормальне фізіологічне положення, покращення діяльності травної системи, підвищення загального тонуусу організму.

Масаж при даній патології діє рефлекторно на організм жінки, здійснює регулятивний вплив на функціональний стан центральної нервової системи. Масаж знімає біль, покращує кровообіг, сприяє розсмоктуванню запальних процесів, відновленню обміну речовин, нормалізує розташування внутрішніх органів [2, 6, 7]. Окрім часткового масажу за класичною методикою, який виконували у групі порівняння, нами запропонована методика вибіркового масажу з елементами сегментарно-рефлекторного масажу для жінок основної групи. Методика вибіркового масажу ґрунтується на застосуванні прийомів масажу відповідно до стану м'язів (м'яз максимально напружений/максимально розслаблений). План масажної процедури: дія на паравертебральні та

рефлексогенні зони попереково-куприкової ділянки, тазу, підшкірної ділянки грудної клітки та живота.

Виконували масаж паравертебральних зон спинномозкових сегментів ($S_5 - S_1$, $L_5 - L_1$, $D_{12} - D_{10}$) : поверхнєве та глибоке погладження, розтирання пучками пальців, штрихування, пиляння; повздожнє розминання, надавлювання, зсування, вібрація, легке поплескування. Погладження та розтирання виконували у ділянці куприка, у ділянці кульшових суглобів, реберних дуг, сідничних западин. Масаж сідничних м'язів: поперемінне погладження, витискання ребром долоні, розминання подвійне кільцеве, подвійний гриф, розтирання основою долоні, пиляння, вібрація потрушування. Масаж больових точок і зон підвищеної чутливості у ділянці куприка та попереку. Масаж прямих та косих м'язів живота з використанням прийомів погладження, розминання та вібрації. Виконували струшування та вібрацію у ділянці живота, струшування тазу. Масаж ділянки розташування діафрагми: вібрація і ритмічні надавлювання долонями у ділянці X – XII ребер у напрямку від грудини до хребта. Час масажної процедури 10–15 хвилин. Курс лікування 5–12 процедур через день. Під впливом масажу поліпшувалась еластичність і рухливість зв'язкового апарату, причому найбільш ефективним прийомом було розтирання [2, 6, 8]. Масаж стимулював кровопостачання масажованої ділянки, приплив кисню, поживних речовин, окисно-відновні процеси [1, 2, 6]. Одним з механізмів збільшення кровопостачання був рефлекторний (подразнення теплових рецепторів, підвищення температури шкіри на 1-3°C). Прийоми масажу ми виконували з метою поліпшення кровопостачання внутрішніх органів, укріплення м'язів черевного пресу, адаптації організму до фізичних навантажень та трудової діяльності.

Стан м'язового апарату значною мірою впливає на оволодіння руховими навичками й координаційними актами. Одним із критеріїв функціональних можливостей м'язового апарату є тонус напруження і розслаблення, що дозволяє характеризувати вплив засобів фізичної терапії, зокрема масажу, на стан м'язів. Для осіб із опущенням внутрішніх органів характерний знижений тонус прямого та косих м'язів живота, що є наслідком ослаблення м'язів черевного пресу. І тому, визначення показників амплітуди тонусу м'язів є

важливим для осіб з даною патологією. Оскільки, в доступній нам літературі не описані показники стану м'язів жінок з опущенням органів черевної порожнини, ми скористалися принципом оцінки показників функціональних можливостей м'язового апарату здорових людей, запропонованим Г.А. Макаровою (2003). Нами досліджувалися показники тонузу прямого та косих м'язів живота на початку та наприкінці дослідження для жінок основної групи та групи порівняння. Визначивши за формулою показники амплітуди тонузу ($AT = AN + AP$, де: $AN = TH - TP$; $AP = TH - TC$) спостерігали збільшення цього показника у жінок обох груп. Відповідно, у жінок групи порівняння він підвищився на 5 міотон, основної групи – на 14,8 міотона (табл. 1). Отже, амплітуда тонузу прямого м'яза живота жінок основної групи перевищувала показники групи порівняння наприкінці дослідження на 9,8 міотонів.

Таблиця 1

**Показники тонузу прямого м'яза живота
жінок 40–50 років з опущенням органів черевної порожнини**

p < 0,05, n = 20

Показники в міотонах $M \pm m$	На початку дослідження	Наприкінці дослідження	На початку дослідження	Наприкінці дослідження
	Основна група		Група порівняння	
Тонус спокою	76,8±0,6	78,8±1,0	76,3±1,3	77,3±0,6
Тонус напруження	94,8,0±1,6	106,9±0,6	94,0±1,1	100,2±1,3
Тонус розслаблення	75,6±1,0	83±1,2	75±1,3	81,0±1,3
Амплітуда тонузу	37,2±0,2	52,0±0,8	36,7±1,2	41,7±1,2

При дослідженні тонузу лівого і правого косого м'язів живота нами були взяті середні показники (табл. 2).

Обчисливши амплітуду тонузу косого м'яза живота жінок групи порівняння та основної групи наприкінці дослідження бачимо, що кращий показник був у представниць основної групи і дорівнював 41,5 міотон. Порівнюючи показники амплітуди тонузу прямого та косих м'язів живота жінок

групи порівняння та основної групи, спостерігаємо покращення цього показника протягом дослідження в обох групах.

Таблиця 2

**Показники тонузу косого м'яза живота
жінок 40–50 років з опущенням органів черевної порожнини**

p < 0,05, n = 20

Показники в міотонах M±m	На початку дослідження	Наприкінці дослідження	На початку дослідження	Наприкінці дослідження
	Основна група		Група порівняння	
Тонус спокою	74±1,0	75,1±0,6	73,8±0,6	74,0±1,3
Тонус напруження	93,5±0,6	97,4±1,2	93,5±1,3	95,1±1,1
Тонус розслаблення	76,7±1,0	78,2±1,2	76,2±1,3	77,2±1,3
Амплітуда тонузу	36,3±0,4	41,5±0,1	37,0±0,2	39±1,0

Застосування засобів фізичної терапії, зокрема масажу, впливає на підвищення тонузу напруження, а це у свою чергу збільшує показники амплітуди тонузу. Удосконалені нами методи фізичної терапії є більш ефективними, комплекси запропонованих вправ та масажу підібрані вірно.

Висновки. Систематизовано дані про причини, перебіг та клінічні прояви опущення органів черевної порожнини. Визначено, що порушення положення внутрішніх органів призводить до ряду захворювань та патологічних змін систем організму. Встановлено, що під дією засобів фізичної терапії поліпшився стан м'язів черевного пресу жінок групи порівняння та основної групи. Показники стану м'язів були вищими у жінок основної групи, це свідчить про перевагу застосування комплексів вправ та вибіркового масажу рекомендованими нами.

У подальших дослідженнях з проблеми застосування масажу для осіб з опущенням органів черевної порожнини можлива розробка плану масажної процедури для осіб різних вікових груп.

Література

1. Голяка С. К. Застосування засобів гімнастики йоги під час опущення органів черевної порожнини / Голяка С. К, Тарасова О. В. // Актуальні проблеми юнацького спорту : матеріали наук.-прак. конф. – Херсон, 2016. – С. 139–144.
2. Єфіменко П. Б. Техніка та методика класичного масажу : [навч. посіб. для студентів вищ. навч. закладів] / П. Б. Єфіменко. – 2-е вид., перероб. й допов. – Харків : ХНАДУ, 2013. – 296 с.
3. Калмиков С. А. Фізична реабілітація при захворюваннях органів травлення : навч. посіб. / С. А. Калмиков. – Харків : Панов А. М., 2016. – 222 с.
4. Медична біологія, анатомія, фізіологія та патологія людини : [навч. посіб.] / Федонюк Я. І. [та ін.] ; за ред. Я. І. Федонюка, С. І. Дубініна. – Вінниця : Нова книга, 2010. – 613 с.
5. Музика Ф. В. Анатомія людини : навч. посіб. / Музика Ф. В., Гриньків М. Я., Куцериб Т. М. – Львів : ЛДУФК, 2014. – 360 с.
6. Руденко Р. Масаж : навч. посіб. / Романна Руденко. – Львів : Мульти Арт, 2013. – 304 с.
7. Руденко Р.Є. Фізична реабілітація спортсменів з інвалідністю : монографія / Романна Руденко. – Львів : ЛДУФК, 2021. – 336 с.
8. Фізична реабілітація при спланхноптозі на санаторному етапі / Манучарян С. В., Станкевич Б., Цеслицька М., Мішура К. В. // Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології. – 2016. – № 2. – С. 48–49.

МАСАЖ ПРИ ДАКРІОЦИСТИТІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Сверчкова О.В., Малєєва Т.В.

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. Встановлено, що дакріоцистит є одним з найчастіших запальних захворювань очей у дітей. У статті проаналізовано питання значення масажу при патології слізного каналу у новонароджених та розглянуто методику масажу слізного мішка при дакріоциститі. Вказано методичні особливості проведення масажу.

Ключові слова: патологія слізних органів, масаж, немовля.

Abstract. It has been discovered that dacryocystitis is one of the most common inflammatory eyes diseases in children. The article analyzed the nutritional value of massage in case of pathology of the lacrimal canal in newborns and reviewed the technique of massage of the lacrimal bear in dacryocystitis. Methodical features of the massage have been specified.

Keywords: pathology of mucous organs, massage, newborn.

Вступ. Згідно з МКХ-10 дакріоцистит у новонароджених (P39.1) відносять до інших інфекційних хвороб, специфічних для перинатального періоду (P39).

За статистикою у кожної 20 новонародженої дитини є проблеми з непрохідністю слізного каналу. Дакріоцистит новонароджених (ДН) є ускладненням частих вроджених аномалій: залишків нерозсмоктаної ембріональної мембрани у виходу слізної-носової протоки в порожнину носа, що зустрічається у 35% новонароджених, атрезії виходу слізної-носової протоки у 2-5% новонароджених або вродженого стенозу слізної-носової протоки у 6% новонароджених, рідше у вигляді вад розвитку слізного мішка - дакріоцистоцеле [1, 4]. Частота дакріоциститу новонароджених становить, за даними різних авторів, 1-5% всіх новонароджених, 6,5% дітей 1-го року життя, до 19% у недоношених [1, 2, 6].

Дакріоцистит немовлят залишається частою причиною звернення до офтальмолога. Отже, це говорить про велике медико-соціальне значення та актуальність проблеми.

Мета дослідження – аналіз та узагальнення науково-методичних літературних даних щодо використання масажу в комплексній терапії при дакріоциститі у новонароджених.

Завдання дослідження.

1. Проаналізувати вітчизняну та зарубіжну науково-методичну літературу з питання застосування масажу слізного мішка при дакріоциститі у новонароджених.
2. Охарактеризувати методичні особливості проведення масажу слізного мішка при дакріоциститі.

Методи дослідження: загальнонаукові, бібліосемантичний.

Хід дослідження та обговорення результатів. Слизово-желатинова пробка розривається та проходить в ніс при перших дихальних рухах та крику новонародженого, після чого створюються умови для нормального слезовідведення. При певних причинах, пробка затримується в слізно-носовій протоці, порушуючи її прохідність (рис. 1, рис. 2).

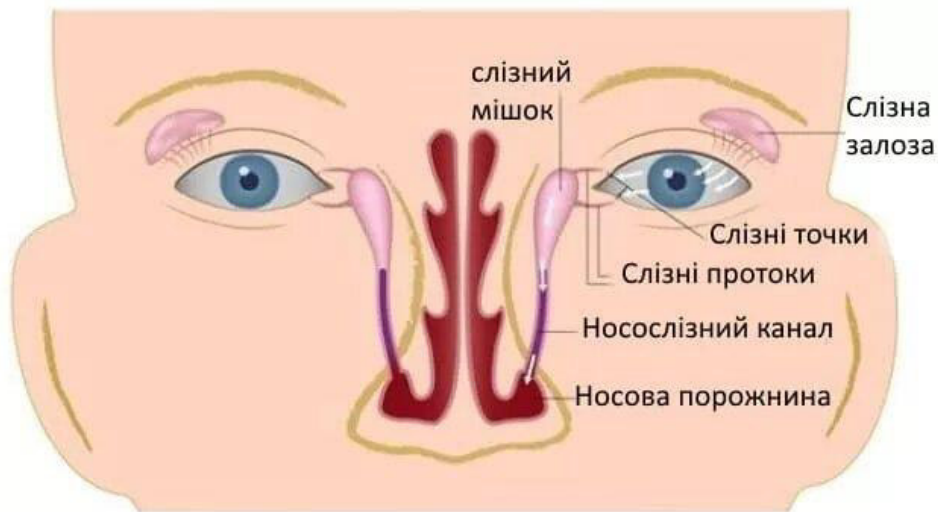


Рис. 1. Анатомія слізного апарату



а

б

Рис. 2. Слізно-носовий канал: а – закупорка, б – норма

Дакріоцистит новонародженого – це запалення слізного мішка, що виникає внаслідок вродженого звуження чи непрохідності слезовивідних шляхів. Патологія може носити як односторонній, так і двосторонній характер. Клінічно дакріоцистит проявляється у вигляді катарального, а потім гнійного

запального процесу, що може призвести до флегмони слізного мішка. Патологія спостерігається в перші тижні життя немовля [5, 7].

Дослідження вітчизняних авторів [1, 2] показали, що лікування розпочинають з консервативних методів, а саме: масажу та антибактеріальної та дезінфікуючої терапії протягом в середньому 2-4 тижнів. Деякі автори [2] стверджують, що раціональним є застосування масажу до 3 місячного віку немовля. Після цього масаж може активізувати гнійну інфекцію. Але, практикуючі лікарі-офтальмологи наголошують на продовженні застосування масажу у період з 3 до 6 місячного віку. При відсутності стійкого позитивного ефекту від консервативних методів лікування виконується промивання та зондування слезовивідних шляхів. Терміни проведення маніпуляції визначаються лікарем індивідуально, найчастіше у віці 3-6 місяців. Пізніше може призначатися дакріоцисторінотомія.

Вимоги та особливості проведення масажу:

- масаж робити вказівним пальцем;
- кількість повторень кожного масажного прийому 6-10 разів;
- масаж робити не менше 5-6 разів на день;
- масаж робити до годування немовля;
- перед проведенням масажу потрібно очистити око немовля від закисання і скупчення застійних виділень чи гною ватним тампоном (для кожного ока окремим) антисептичним розчином (фурациліном, відваром ромашки лікарської), рухи проводять у напрямку до перенісся, від зовнішнього краю до внутрішнього;
- якщо після перших рухів вивільнилась застійна рідина чи гній необхідно його очистити вище описаним способом;
- масажувати слід м'яко, без сильного натиску;
- масажні рухи потрібно робити без пауз;
- після проведення масажу закапати каплі;
- дотримуватись загальних визначених гігієнічних норм і вимог;
- наявність пеленального столику (бажано, але не обов'язково) [2, 3].

Метою масажу є відновити прохідність слізного каналу.

Завдання масажу слізного мішка:

- відновити функцію слізного каналу;
- ліквідувати запальний процес;
- усунути набряк;
- санація виведення сльози.

Методика проведення масажу слізного мішка:

- погладжування слізньо-носового каналу (вгору, у напрямку до слізного мішка),
- вижимання по ходу слізньо-носового каналу в тому ж напрямку,
- розминання слізнього мішка круговими рухами за годинниковою стрілкою, а потім проти (слід намацати невеличкий горбок у внутрішньому кутику ока на стику з переніссям),
 - погладжування повік (у напрямку: верхня повіка - від внутрішнього до зовнішнього куточка ока, нижня повіка - від зовнішнього до внутрішнього куточка ока),
 - вижимання від слізнього мішка у напрямку до виличної кістки (подушку пальця ставити трохи вище слізнього мішка, рух робити нібито «малюємо» кому).

Висновки. Проаналізувавши дані сучасних досліджень, встановлено необхідність використання масажу слізнього мішка як складової консервативного лікування патології слізнього каналу у новонароджених. Представлено методику проведення масажу слізнього каналу при дакриоциститі.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з дослідженням ефективності застосування масажу при дакриоциститі у новонароджених.

Література

1. Боброва Н.Ф., Дембовецька Г.М. Врожденний дакриоцистит и его осложнения. Офтальмологический журнал. 2008. №2. С. 78-84.
2. Боброва Н.Ф., Сорочинська Т.А., Дембовецька Г.М., Троніна С.А. Профілактика і лікування кон'юнктивіту та дакриоцистити новонароджених: методичні рекомендації. 2013. 20 с.
3. 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.

4. Жабоедов Г.Д., Кіреєв В.В. Офтальмологія: посібник. Київ: Медицина. 2013. 280 с.
5. Педіатрія: підручник для студентів вищих мед. навч. закладів IV рівня акред. / за ред. проф. Тяжкої О.В. Вінниця: Нова книга, 2016. 1152 с.
6. Cavazza S., Laffi G. L., Lodi L. et al. Congenital dacryocystocele: diagnosis and treatment. Acta Otorhinolaryngol. Ital. 2008. Vol. 28, N 6. P. 298-301.
7. Ford R, Lee V. An Overview of paediatric oculoplastics. Part 2: LACRIMAL J Eye news. 2004. P. 17-20.

МЕНЕДЖМЕНТ СТРЕСУ: ЗАСТОСУВАННЯ ПОЄДНАНОГО ВПЛИВУ САМОМАСАЖУ І ДИХАЛЬНИХ ВПРАВ ДЛЯ САМОРЕГУЛЯЦІЇ СТРЕСОВИХ ПРОЯВІВ

Сивенко О.Л.¹, Манучарян С.В.¹, Калюжка А.А.¹, Юссеф Ахмед²

¹Харківський національний медичний університет, Україна,

²Харківський національний медичний університет, Єгипет

Анотація. Розглянуто основні причини та механізми виникнення реакції організму людини на стресовий подразник. Охарактеризовано позитивну дію поєднання засобів фізичної терапії - самомасажу, дихальних вправ на відновлення фізичного та психоемоційного стану людини після стресового впливу. Мета роботи: провести аналіз застосування засобів фізичної терапії - самомасажу, дихальних вправ в процесі відновлення фізичного та психоемоційного стану людини після стресового впливу.

Ключові слова: стрес, саморегуляція, самомасаж, дихальні вправи.

Abstract. The main causes and mechanisms of the human body's response to stress stimuli are considered. The positive effect of a combination of means of physical therapy - self-massage, breathing exercises to restore the physical and psycho-emotional state of a person after stress is characterized.

Keywords: stress, self-regulation, self-massage, breathing exercises.

Вступ. В основі фізіологічної теорії стресу, розробленої ще в ХХ сторіччі Г. Сельє, лежить положення про те, що стрес є неспецифічною відповіддю організму на будь-який подразник. Біологічний стрес постає як природний

захисний механізм, стереотипна реакція організму людини на будь-який тип впливу. Фізіологічні зміни в організмі людини спрямовуються на мобілізацію функцій органів та систем, що відповідають за адаптацію, розвивається послідовний каскад складних нейро-ендокринно-гуморальних реакцій з перерозподілом енергетичних ресурсів організму (кисню та поживних речовин). Насамперед, на сигнал про небезпеку гіпоталамус продукує кортикотропін-рилізінг-гормон (КРГ), який, в свою чергу, стимулює виділення гіпофізом аденокортикотропного гормону, далі відбувається стимуляція надниркових залоз з вивільненням кортизолу, гормон стресу.

Об'єктивно виникають зміни в стані людини, які пов'язані з активацією симпатoadреналової системи: частіше серцевих скорочень, підвищення кров'яного тиску, посилення кровообігу, поглиблення, частіше дихання, напруга м'язів, гальмується робота шлунково-кишкового тракту. Ситуативно це дуже важливо, адже організм мобілізується, всі ресурси перенаправляються до органів, від яких залежить біологічний порятунок людини - мозок, серце, нижні кінцівки [7, 8].

Стадійність перебігу фізіологічної стресової адаптації організму людини, а саме екстреної активації захисних функцій організму як стадії тривоги, стійкого підтримання досягнутого індивідуально високого рівня адаптованості як стадії опору та стадії виснаження з різким спадом ресурсних можливостей, тобто з дезадаптацією, підтверджує, що організм людини не створений для тривалого функціонування в умовах стресового впливу.

На сьогодні під стресом розуміється стан, викликаний надмірним впливом, сильною дією на організм стресорів: фізичного та нервово-психічного навантаження, у тому числі надзвичайно важкої роботи, охолодження та перегріву, нестачі кисню у повітрі, гіпоглікемії, захворювань, операцій, ран, шумового впливу, раптового переляку, неспокою, болю та гніву. Не викликає сумніву той факт, що більшість негативних ефектів надсильного впливу, що ушкоджують, обумовлені не самим стресовим чинником, а психосоматичною реакцією людини на нього [4, 5].

Саморегуляція – це управління своїм психоемоційним станом, яке досягається шляхом впливу людини на саму себе за допомогою слів, уявних

образів, управління м'язовим тонусом і диханням. Ефекти саморегуляції: заспокоєння (усунення емоційної напруженості), відновлення (послаблення проявів втоми), активізації (підвищення психофізіологічної реактивності).

Мета та завдання дослідження: провести аналіз застосування засобів фізичної терапії, а саме самомасажу і дихальних вправ в процесі відновлення фізичного та психоемоційного стану людини після стресового впливу.

Хід дослідження і обговорення результатів. В літературних джерелах, присвячених менеджменту стресу засобами саморегуляції з метою відновлення фізичного та психоемоційного здоров'я, чітко визначається основна мета - усунення наслідків негативного впливу стресових чинників на організм людини, та, як одного з проявів, гіпертонусу м'язових тканин. При цьому для досягнення даної мети пропонуються різні шляхи [4, 5, 8].

Менеджмент стресу був непростю задачею у мирний час, а під час війни це завдання здається зовсім складним в умовах обмеженого доступу до фахової, багатопрофільної допомоги. Проте існує багато рекомендацій із застосуванням загальнодоступних методів саморегуляційного, немедикаментозного, відновлювального впливу, які дозволять знизити рівень реакції організму на стресовий вплив та самостійно впоратися людині з його негативними проявами. Це, поряд із загальноприйнятими рекомендаціями про позитивне мислення, максимально можливу нормалізацію режиму дня, способу життя, є такі способи саморегуляції, як дихальні вправи, самомасаж [4, 5].

Одним із способів саморегуляції є управління диханням - це дієвий вплив на тонус м'язів і емоційні центри мозку. Повільне і глибоке дихання (за участю м'язів живота) зменшує збудливість нервових центрів та рефлекторну збудливість спастичних м'язів, сприяє м'язовій релаксації. Часте (грудне) дихання, навпаки, забезпечує високий рівень активності організму, підтримує нервово-психічну напруженість [4, 5].

Дихальні вправи виконуються сидячи чи стоячи, по можливості необхідно розслабити м'язи тіла і зосередити увагу на диханні.

1. Дихання за уявним «квадратом»: дихальні рухи відповідають сторонам уявного квадрату. На рахунок 1-2-3-4 - повільний глибокий вдих (при цьому живіт випинається вперед, а грудна клітка нерухома); на наступні чотири

рахунки проводиться затримка дихання; потім плавний видих на рахунок 1-2-3-4-5-6; знову затримка перед наступним вдихом на рахунок 1-2-3-4. Тривалість вправи - 3-5 хвилин.

2. Дихання в ритмі спокійної ходьби: на «1, 2, 3, 4, 5» - вдих, на «1, 2, 3, 4, 5» - видих, при цьому треба йти не зупиняючись, увага сконцентрована на диханні.

3. Затримка дихання на вершині видиху (в ситуації тривоги та збудження людина не робить нормальний видих): глибоко видихнути, затримати дихання якомога довше, далі зробити кілька глибоких вдихів та знову затримати дихання.

4. Спокійне дихання в складені «човником» долоні впродовж 2-3 хвилин.

5. Повільне умовне задування свічки.

6. Діафрагмальне повільне дихання.

7. Дихання з послідовним наповненням грудної клітки та живота та видих з живота через груди та горло. Виконується повільно з контролем послідовності наповнення повітрям частин тіла.

8. Дихання з повільним присіданням: 30 секунд рух вниз та 30 секунд підйом. Обов'язково контролюється почервоніння обличчя, якого при правильному виконанні вправи не має бути [7, 8].

Людині вольовим зусиллям розуму знизити стрес і відразу впоратися зі страхом неможливо, вихід - намагатися працювати з ним через своє тіло. Науково підтвердженим є той факт, що стрес - це мускульний спазм, адже реакція м'язової системи на стрес маніфестується миттєво: впродовж 14 мсек скорочуються жувальні м'язи, впродовж 20 мсек – м'язи очей та брів, на 25 мсек виникає скорочення трапецієподібного м'язу, на 60 мсек напружуються м'язи живота та промежини, виникають зміни в поставі людини, обумовлені застійним вогнищем напруження у верхній третині спини [6].

З усуненням м'язової напруги настає емоційне та фізичне розслаблення, тому масаж і самомасаж є одним з ефективних способів стрес-менеджменту.

Процедуру самомасажу проводять в положенні сидячи, починаючи з масажу шкіри голови за допомогою подушечок пальців рук, застосовують кругові і хвилясті рухи. Масаж розпочинають з периферії голови і рухаються до

маківки, як правило, в 3-4 підходи. Далі повторюють масажний вплив легким постукуванням подушечками пальців по шкірі голові впродовж декількох хвилин. На останньому етапі переходять до розчісування волосся пальцями.

Як варіант впливу також рекомендується розчісування волосся гребінцем впродовж 10-15 хвилин. Далі переходять до масажу обличчя прийомом погладжування. Спочатку масажують лоб за допомогою кінчиків пальців, у напрямку скронь, легко пощипуючи шкіру з зоні брів. Ці процедури проводять 3-4 рази. Легким постукувальними масажними рухами подушечками пальців проходять навколо очей. Наприкінці сеансу самомасажу масують вушні раковини. Наступна ділянка впливу - погладжування та розминання задньої поверхні шиї та комірцевої зони легкими круговими рухами. Далі лівою рукою масують праве плече, після чого повторюють масажні рухи для протилежної сторони. Поступово переходять до масажу передпліч поглажувальними та розминальними рухами. Масаажний вплив на верхні кінцівки продовжують масажем пальців, стискаючи по черзі кожен палець в кулак і здійснюючи легкі обертальні рухи, далі - кілька обертальних рухів у променево-зап'ясткових суглобах та розминають кисті рук. Здійснюють кілька поглажувальних рухів в напрямку від кінчиків пальців до зап'ястя. Оптимальним було б поєднувати поглажування з круговими рухами. За допомогою долоні масажують тильну поверхню кисті.

Виконувати самомасаж ніг набагато простіше: проводять розминання стоп, використовуючи кругові рухи, злегка постукують по черзі кулаками по обох стопах. Далі переходять до масажу пальців стоп: кожен палець окремо масажують легкими обертальними рухами. Гомілки відчувають значні навантаження під час ходьби, тому вони також потребують масажу. Отже, розминають і їх. Виконують самомасаж стегон прийомами розтирання та розминання впродовж декількох хвилин, в 3-4 підходи [2, 3].

Високу ефективність процедури надає масаж, проведений м'ячиком з грубою поверхнею, використовується тенісний м'яч або спеціальний масажер, яким масують стегна, гомілки, стопи (як варіант - поклатати стопами м'яч по підлозі).

Стрес-контролюючий вплив чинять певні ізометричні вправи, які ґрунтуються на чергуванні напруги і розслабленні деяких груп м'язів у рівномірному ритмі. Наприклад, сидячи на стільці, взятися обома руками за сидіння і з силою потягнути догори. Порахувати до шести, опустити руки та розслабитися. Знову потягнути руками сидіння догори, щоб чітко позначилися відповідні групи м'язів, потім знову відпустити руки і розслабитися. Таким чином, можна добитися розслаблення всіх груп м'язів за рахунок їх напруги: з силою стискати розтискати кулаки; схрещувати руки і тиснути на шию, намагаючись при цьому протидіяти тиску шиєю; періодично натискати підшвами ніг на підлогу та ін. [4].

Актуальними є вправи на концентрацію, переключення та відволікання:

1. Стискати та розтискати пальці в кулаки.
2. Стискати гумові іграшки.
3. Виконувати «Музичне» клацання 1-м та 3-4 пальцями разом та по чергово.
4. В положенні сидячи ритмічно поплескувати долонями коліна, по чергово долонною та тильною поверхнями.
5. Стискувати пальці ніг в уявний «кулак». [7]

Висновки. Таким чином, позитивний терапевтичний вплив поєднаного застосування дихальних вправ, на розслаблення і самомасажу – це ефективний шлях самостійно налагодити та закріпити механізм стрес-контролю та допомогти самому собі позбутися тривоги та інших негативних проявів стресового впливу.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з розробкою загальнодоступного алгоритму стрес-контролюючих програм із використанням поєднаного впливу фізичних вправ, дихальних вправ та самомасажу як моделі дієвої самопомоги при проявах стресових реакцій організму.

Література:

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

2. 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.
3. Каніщева О.П. Масаж та інші засоби відновлення працездатності організму студента. Харків : ХНАДУ, 2014. 124 с.
4. Мурза В. П., Мухін В.М. Фізична реабілітація : навч. посіб. Київ : Наук. Світ, 2008. 246 с.
5. Мухін В.М. Фізична реабілітація. Київ : Олімпійська література, 2009. 488 с.
6. Майерс Томас, Джеймс Ерлз. Фасциальний реліз для структурного балансу. Київ: Форс Україна, 2020.- 320 с.
7. Чабан О.С., Хаустова О.О., Омелянович В.Ю. Невідкладна допомога в психіатрії та наркології. Київ: Медкнига , 2019. 172 с
8. Чабан О.С. Хаустова О.О. Практична психосоматика. Діагностичні шкали. Київ: Медкнига, 2021. 200 с.

МОЖЛИВОСТІ ТОЧКОВОГО МАСАЖУ ПРИ БЕЗСОННІ

Сомова К.В.

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. У статті представлений літературний огляд і дані власних досліджень автора про можливість застосування точкового масажу для впливу на зміни неврологічного стану пацієнтів при безсонні. Виявлено, що: точковий масаж є ефективним корегуючим засобом при безсонні та недосипанні; потужним фактором оздоровчого впливу на організм, нормалізує та відновлює гарне самопочуття. Встановлено, що терапевтичний потенціал використання різних методик точкового масажу недостатньо вивчений і необхідні подальші наукові дослідження можливостей їх використання.

Ключові слова: точковий масаж, корпоральні точки, безсоння.

Abstract. The article presents a literature review and data from the author's own research on the possibility of using acupressure to influence changes in the neurological state of patients with insomnia. The use of acupressure techniques is an

effective corrective agent for insomnia and insomnia, is a powerful factor in the health effects on the body, contribute to the normalization and restoration of well-being.

Key words: acupressure, corporal points, insomnia.

Вступ. Важкі умови війни в Україні, глибокі потрясіння, стрес на роботі або міжособистісні конфлікти можуть зумовити гостре безсоння, яке, своєю чергою, є тимчасовим феноменом і, як правило, минає після припинення дії стресового чинника (Ellis et al., 2012; Espie, 2002). Затяжний стрес, зі свого боку, можна розглядати як основну причину хронічного безсоння. У багатьох випадках фактори, що підтримують і хронізують цей процес, починають діяти на момент переходу гострого безсоння у хронічну форму.

На думку А. J. Spiel-man et al. (1987), дезадаптивні копінгі - стратегії, такі як довге перебування в ліжку або дрімання з метою компенсації втраченого часу сну являють собою саме ті фактори, що підтримують безсоння. І хоча зазначені дії, на перший погляд, здаються цілком виправданими, а насправді вони знижують потяг до сну, що призводить зрештою до безсоння.

Як підкреслювали С. А. Espie et al. (2006), у пацієнтів із безсонням розвивається дезадаптивне ставлення до сну, при якому концентрація уваги відбувається власне на процесі та спробі безпосередньо його контролювати, порушуючи двокомпонентний механізм біорегуляції сну, що шкодить у такий спосіб етапу відновлення показників функціонального стану людини до норми після тимчасового стресу (Vorbely, 1982; Vorbely and Achermann, 1999). Зараз вивчаються різні методики, що дозволяють скоротити при лікуванні застосування фармакологічних методів, які мають значні побічні ефекти [1-3]. Тому пошук інших засобів лікування є актуальним. Серед них можна виділити методики точкового масажу.

Мета роботи – оцінити ефективність застосування методик точкового масажу для лікування безсоння.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати літературні джерела, що описують ефекти впливу методик точкового масажу на пацієнтів з неврологічними та психоемоційними змінами, які виникають через безсоння.

2. Обрати оптимальний варіант використання методик точкового масажу, оцінити можливість використання їх у пацієнтів з безсонням.

3. Оцінити ефективність їх впливу на організм пацієнтів.

Методи дослідження. Аналіз та узагальнення науково – теоретичної і методичної літератури, методики точкового масажу, що застосовуються при безсонні. Загальний стан пацієнтів, настрої оцінювали за бальною методикою від 1 до 10 балів.

Хід досліджень та обговорення результатів. Безсоння – це стан, коли виникають труднощі із засипанням або підтриманням тривалого сну. Johns Hopkins Medicine зазначають, що приблизно у кожного третього дорослого трапляються напади безсоння, які тривають кілька днів [1-3], кожен десятий дорослий страждає хронічними проблемами зі сном.

Якщо безсоння заважає функціонувати протягом дня або триває більше кількох тижнів, такий стан потребує призначення медикаментозного лікування та медичного обстеження. Загалом існує кілька типів безсоння: гостре, хронічне, початкове і технічне. Вони відрізняються за тривалістю, впливом на організм та першопричиною такого прояву, пише Healthline. [5].

Варто зазначити, що коронавірусна хвороба COVID-19 також впливає на неврологічну систему людини та може викликати безсоння. [4]. Недосипання сприймається мозком як тривожність. З часом знижується імунітет організму та погіршується загальне самопочуття. Підвищується ризик респіраторних захворювань. Люди, які не висипаються, мають більшу схильність до депресій, параної чи тривожності. Дослідження свідчать, що хронічне недосипання може призводити до більш ранньої смерті [6].

За даними дослідження Божко С.А., Тювіна Н.А., які вивчали проблеми недосипання і наслідки цих станів, проводили вивчення ефективності лікування неврастенії методом психотерапії у поєднанні з рефлексотерапією та фітотерапією [7]. Поєднання рефлексотерапії та психотерапії проявили високу ефективність за наявності соматовегетативних порушень та тривожного

компонента. У дослідженні використовували метод корпоральної акупресури. Курс лікування складався з 10-12 сеансів з використанням впливу на активні корпоральні точки. Впливали на стандартний комплекс точок: точки «спільної дії», місцево-сегментарні та віддалені точки, що мають специфічні показання до застосування [8-12].

Точки акупунктури, методи та режими впливу визначали індивідуально залежно від характеру та ступеня виразності невротичного розладу, соматовегетативної патології, віку, конституції пацієнта, стану організму, попереднього лікування та клінічних проявів захворювання. При необхідності в рецептуру включали точки для впливу на характерні для даної категорії хворих на розлади: головну біль, порушення сну, соматовегетативні прояви (порушення функцій серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, органів дихання, статевої функції та ін) [12, 13]. Відповідно до класичних посібників [12, 13], здебільшого випадків лікування починали із застосування другого варіанта гальмівного методу, що надає заспокійливий, болезаспокійливий, десенсибілізуючий вплив, надалі підключали другий метод («збудливий»), який характеризується стимулюючим, тонізуючим, розгальмовуючим дією при зниженні рухової, чутливої та секреторної функцій. Чергування методів було важливою умовою, оскільки лікувальний ефект залежить не тільки від методів впливу, а й стану нервової системи хворого [12, 13]. За для корекції неврологічних розладів необхідно посилити гальмівні процеси в корі головного мозку, надати загальнозміцнюючу дію на організм, за даними Стояновського Д. Н. [10, 11]. Окрім впливу точкового масажу за стандартними методиками на основні корпоральні точки, використовувалися і додаткові точки, в залежності від супутніх патологій: при супутній неврастенії, при безсонні, пов'язаної із захворюванням серця, при безсонні від шлунково-кишкових розладів, при безсонні від розладів внутрішньої секреції, при безсонні у хворих на туберкульоз легень. Процедури краще проводити у ліжку, щодня. Курс лікування – 7 сеансів. На кожен сеанс використовують 2-3 акупресорних точки, що підсилюють сон, 2-3 точки відповідного захворювання та загальнозміцнюючі точки.

Таким чином, на основі аналізу літературних джерел можна встановити спільні риси: - необхідно посилити гальмівні процеси в корі головного мозку, надати загальнозміцнюючу дію на організм; - методи та режими впливу визначали індивідуально залежно від характеру та ступеня виразності невротичного розладу, соматовегетативної патології, віку, конституції пацієнта, стану організму, попереднього лікування та клінічних проявів захворювання.

При необхідності, в рецептуру включали точки для впливу на характерні для даної категорії хворих розлади: головну біль, порушення сну, соматовегетативні прояви (порушення функцій серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, органів дихання, статевої функції та ін.

Для оцінки ефективності роботи методик точкового масажу для корекції безсоння і загальних хворобливих станів нервової системи, що пов'язані з ним, на базі мед. центра «Лінія життя», нами було проведено дослідження ефективності методик точкового масажу. У дослідженні прийняли участь дві групи пацієнтів, по 10 пацієнтів, що страждали на гостре безсоння. В першій групі (контрольній) використовували тільки класичні методики лікування, що призначались невропатологом. В другій – використовували класичні методики лікування разом з методиками точкового масажу, які проводили на протязі тижня. Кожна процедура надавала ефект, що сприяв відновленню нервової системи і покращенню сну. Після третьої доби в групі з використанням точкового масажу нормальний сон відновився у 100 % - 10 пацієнтів, в той час в контрольній групі тільки у 70% - 7 пацієнтів, до кінця тижня сон відновився і в контрольній групі – у 10 пацієнтів - 100%.

У другій групі, у порівнянні з контрольною, на 30 % краще пройшло відновлення загального стану нервової системи за оцінкою в балах після закінчення курсу точкового масажу.

Висновки.

1. За даними наукових досліджень, вплив методик точкового масажу у пацієнтів з неврологічними та психоемоційними змінами на тлі безсоння, сприяє відновленню стабільної роботи нервової системи і сну.

2. Опимальний варіант лікування, при якому швидко настає ефект, є поєднання впливу медикаментозної терапії і методик точкового масажу.

3. Поєднання впливу медикаментозної терапії і точкового масажу забезпечило ефект, що сприяв відновленню нервової системи і покращення сну. Після третьої доби в групі з використанням точкового масажу нормальній сон відновився у 100 % - 10 пацієнтів, в той час в контрольній групі тільки у 70% - 7 пацієнтів, до кінця тижня сон відновився і в контрольній групі – у 10 пацієнтів - 100%.

У другій групі у порівнянні з контрольною, на 30 % краще пройшло відновлення загального стану нервової системи за оцінкою в балах після закінчення курсу точкового масажу.

Методики точкового масажу необхідно рекомендувати для використання у реабілітації у пацієнтів з безсонням.

Література.

Електронні ресурси

1. <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2018/1/pages-46-53/ievropeyski-nastanovi-z-diagnostiki-ta-likuvannya-bezsonnya#h3-5>
2. <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2018/1/pages-46-53/ievropeyski-nastanovi-z-diagnostiki-ta-likuvannya-bezsonnya#gsc.tab=0>
3. <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/insomnia>
4. <https://life.pravda.com.ua/health/2021/02/16/243955/>
5. <https://moz.gov.ua/article/health/chi-kompensue-son-na-vihidnih-nedosipannja-protjagom-tizhnja>
6. <https://www.healthline.com/health/insomnia>
7. Божко С.А., Тювина Н.А. Опыт применения нелекарственных методов (психотерапии, фитотерапии и рефлексотерапии) при лечении неврастении. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014;(2):19-24.
8. Дробышева Н.А. Рефлексотерапия при различных заболеваниях. // Практическое руководство по рефлексотерапии. Москва; 1997. 168 с.
9. Михайлова А.А. Рефлексотерапия неврозов. Учебно-методическое пособие. Москва; 1989. 89 с.
10. Стояновский Д.Н. Справочник по иглоукалыванию и прижиганию. Кишинев: Картя Молдовеняскэ; 1987. 256 с.

11. Стояновский Д.Н. Частная рефлексотерапия. Справочник. Под ред. С.М. Зольникова. Кишинев: Картя Молдовеняскэ; 1990. 332 с.
12. Табеева Д.М. Практическая акупунктура. Смоленск: Гомеопат медицина; 1997. 490 с.
13. Тыкочинская Э.Д. Основы иглотерапии. Москва: Медицина; 1979. 343 с.
14. Nguyen-Van-Nghi, Ulderica Lauza, Maj Van Dong. Theorie et pratique de l'analgesie pa l'acupuncture. Marselle; 1974.

МАСАЖ ЯК ПОРЯТУНОК ВІД СТРЕСУ ТА ЕМОЦІЙНОГО «ВИГОРАННЯ» У СПОРТСМЕНІВ

Федяй І.О.¹, Гханами Аіша²

¹Харківська державна академія фізичної культури, Україна,

²Харківська державна академія фізичної культури, Марокко

Анотація. Підкреслено, що у більшості людей стрес асоціюється з негативними відчуттями. Визначено, що фізична та психологічна реакції організму допомагають людині краще впоратися з критичною ситуацією. У цьому стані організм виділяє гормони, що прискорюють частоту серцевого ритму і приводять м'язи у повну бойову готовність. Указано, що хронічний стрес може мати важкі наслідки. Виявлено, що масаж може зменшити наслідки нервового перенапруження і вирішити різні проблеми, пов'язані зі здоров'ям.

Ключові слова: масаж, стрес, втома, відновлення, спортсмен.

Abstract. It is emphasized that most people associate stress with negative feelings. It is determined that the physical and psychological reactions of the body that helps a person better cope with a critical situation. In this state, the body secretes hormones that speed up the heart rate and bring the muscles into full combat readiness. It is stated that chronic stress can have serious consequences. It has been found that massage can reduce the effects of nervous tension and solve various health problems.

Key words: general massage, stress, fatigue, restoration, sportsman.

Вступ. Втома і відновлення – невід’ємні компоненти підготовки спортсменів. Важливою функцією відпочинку є відновлення мотивації, поліпшення уваги, зменшення стресу після тренувань чи змагань [7].

Психологічне напруження (стрес) у спортсменів можуть спричиняти різноманітні чинники, серед яких: інтенсивні тренування із значними фізичними навантаженнями, взаємини з товаришами по команді, із тренером тощо. Основними чинниками стресу у спортивній діяльності є:

- гостра конкуренція під час спортивної боротьби, що спрямована на встановлення рекорду або перемогу над супротивником;
- максимальне фізичне і психологічне напруження під час цієї боротьби;
- систематичні, тривалі й інтенсивні спортивні тренування, що суттєво впливають на режим життя та побут [4, 8].

Сучасна спортивна наука пропонує багато засобів боротьби зі стресовим станом організму спортсменів таких як: медикаментозні речовини; аутотренінг або гіпноз; електросон, водні процедури, лазні, масаж. Серед перелічених засобів своєю ефективністю і доступністю найбільшої уваги привертає масаж.

На сьогоднішній день існує досить багато визначень які відображають зміст цього методу. Кожен з них певним чином розкриває сферу його впливу на організм людини. Це й підтримка або підвищення його можливостей, оздоровлення або лікування, покращення зовнішнього вигляду або отримання тілесного задоволення. На нашу думку, найбільш універсальним визначенням, яке повною мірою відбиває усі можливості цієї процедури є таке: «Масаж - це механічне подразнення поверхневих тканин людини з метою отримання певної відповідної реакції з боку її організму» [3].

Інакше кажучи, все залежить від мети, з якою його проводять.

Мета дослідження - вивчення можливостей масажу та обґрунтування його призначення для усунення стану стресу та «вигорання» у спортсменів.

Завдання:

1. Вивчити літературні джерела та ознайомитись з масажем від стресу та фізичної втоми у спортсменів.

2. Визначити ефективність масажу при стресовому стані та фізичній втоми спортсменів.

Хід дослідження та обговорення результатів. Вивчаючи літературні джерела присвячені проведенню різних видів масажу спортсменам під час стресу та емоційного «вигорання» проглядається мета – усунення м'язового гіпертонусу, поліпшення еластичності та міцності зв'язок, рухливість суглобів. Це особливо важливо для спортсменів, котрі займаються такими видами спорту, як акробатика, гімнастика, боротьба вільна, самбо, дзюдо та інші. При цьому досягнення даної мети пропонується різними шляхами [1, 3, 10].

Науковцями встановлено зв'язок між рівнем психологічного стресу у спортсменів і результативністю змагальної діяльності. Робота значної потужності може негативно впливати на емоційний стан спортсмена [5, 9].

При емоційній нестабільності спортсмена фізична робота значної потужності не сприяє зростанню спортивно-технічної майстерності. Хронічний стрес спричиняє перетренування. Систематичне перетренування своєю чергою призводить до емоційного «вигорання». Цей стан у спортсменів є наслідком постійної емоційної та фізичної втоми, він виникає в осіб із сильною мотивацією, які інтенсивно тренуються і змагаються у несприятливих умовах протягом тривалого часу. Більшість спортсменів є надзвичайно мотивованою групою, тому емоційне вигоряння у них може стати причиною формування негативних Я-концепцій, зміни ставлення до роботи, людей, втрати ідеалів і мети [7, 8].

Перед початком будь-якого психологічного відновного комплексу слід переконатися, що ментальний стан спортсмена налаштований на позитивний результат. А. Калдер описав різні методи, серед яких є масаж, який можна використовувати для посилення відновлення стану організму спортсмена [6]. Серед інших науковців є пояснення ефективності дії масажу його фізіологічним механізмом впливом на організм людини, який вміщує такі взаємопов'язані чинники: механічний, нервово-рефлекторний та гуморальний. При цьому нервово-рефлекторний визначається як провідний. Це означає, що в залежності від необхідного результату масаж може збуджувати або гальмувати центральну нервову систему спортсмена, стимулювати або розслабляти м'язи, відновлювати їх працездатність.

Різні прийоми масажу діють на нервову систему по-різному – одні

заспокійливо (погладжування, потрушування), інші - збуджувально (розминання, ударні прийоми). А розтирання впливають на центральну і периферичну нервові системи залежно від швидкості їх проведення. Швидкі збуджують, а повільні – гальмують [1, 2, 3]

Масаж сприяє кращому насиченню крові киснем і швидкому виведенню із організму продуктів метаболізму, усуненню застійних явищ, розсмоктуванню набряків. Він тренує і тонізує судини, сприяє їх наповненню або спаданню, що своєю чергою, поліпшує відтік венозної крові і знижує тиск в артеріях великого кола кровообігу, покращує роботу серця. У м'язі, що знаходиться у стані спокою, капіляри дуже вузькі, тому еритроцити проходять через них повільно, змінюючи свою форму. Коли м'яз зазнає механічної дії масажу, то швидкість кровообігу значно підвищується [1, 3].

Під впливом масажу поліпшується еластичність і міцність зв'язок, рухливість суглобів. Це особливо важливо для спортсменів, які займаються складно-координаційними видами спорту.

Враховуючи все це масаж поділяють на: оздоровчий (гігієнічний), лікувальний, косметичний та спортивний [1, 3, 5]. Стосовно мети нашого дослідження, то найбільший інтерес викликає спортивний масаж. За своєю спрямованістю цей вид масажу складається з відновного, попереднього та тренувального видів.

Відносно ефективності проведення масажу при фізичній втомі спортсменів, то найбільш результативним є відновний, який вирішує такі завдання: зняти нервову напругу, усунути або зменшити м'язовий гіпертонус, відновити працездатність опорно-рухового апарату, усунути больові відчуття, нормалізувати нічний сон. Тут застосовують усі масажні прийоми окрім ударних.

При стресовому стані організму спортсмена, в стані передстартової лихоманки, призначають попередній заспокійливий масаж. Завданням такого масажу є: за допомогою певних масажних прийомів надати гальмівне діяння на периферійну та центральну нервові системи; усунути гіпертонус окремих м'язів. Основними масажними прийомами є погладжування, повільні поверхневі розтирання і захоплюючі або м'які й поверхневі давлючі

розминання в поєднанні з порушеннями [1, 3].

Педагогічне спостереження за спортсменами, які заходились у стресовому стані, та були фізично втомлені, вказує на ефективність такого масажу. Спостерігалось значне відновлення організму спортсменів та зменшення їх психологічної напруженості. Головною умовою було те, що ці види спортивного масажу проводили саме фахівці зі спортивного масажу і діяли не однаково у будь яких ситуація, а диференційовано згідно стану конкретного спортсмена, з урахуванням віку, виду спорту та кваліфікації.

Висновки.

1. Спортивний масаж є одним з ефективних засобів відновлення працездатності спортсменів під час стресу та емоційного «вигорання».

2. Ефективність проведення масажу залежить від багатьох факторів: віку виду спорту, техніки проведення масажних прийомів, їх послідовності та дозування.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямі будуть спрямовані на порівняння застосування різних видів масажу спортсменам, які за певних причин на кілька днів припинили свої тренування.

Література.

1. Бирюков А.А. Массаж и самомассаж. Ростов н/Д : Феникс, 2001. 576 с.
2. Дубровский В.И., Дубровская Н.М. Практическое пособие по массажу. Москва: Шаг, 1993. 450 с.
3. Єфіменко П.Б. Техніка та методика класичного масажу : навчальний посібник. Харків, 2013. 294 с.
4. Колб Дж. Факторы окружающей среды // Спортивная медицина. Киев: Олимпийская литература, 2003. С. 265-280.
5. Павлова Ю., Виноградський Б. Відновлення у спорті: монографія. Львів: ЛДУФК, 2011. 204 с.
6. Hawley C.J., Schoene R. Overtraining syndrome. Physician and Sportsmedicine, 31 (6), 2003. P. 25-31.
7. Kellmann M., Kallus K.W., The Recovery-Stress-Questionnaire for Athletes: User Manual. Publisher: Human Kinetics, 2001.

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

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

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

ЛІКУВАЛЬНИЙ МАСАЖ МОЛОДИХ ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ З ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Філак Ф.Г. Філак Я.Ф.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Завдання дослідження:

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

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

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

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

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

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

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

Таблиця 1.

Оцінка відчуття болю до застосування лікувального масажу

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Таблиця 2.

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

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

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

Висновки.

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

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

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

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

Література.

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

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

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

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

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

ЛІКУВАЛЬНИЙ МАСАЖ ДЛЯ ХВОРИХ З ЗАХВОРЮВАННЯМ КИШКІВНИКА ТА ВИРАЖЕНИМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА В УМОВАХ ПОЛІКЛІНІКИ

Філак Я. Ф.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Анотація. Обстежено 30 хворих на остеохондроз хребта в поєднанні з зазворюванням на хронічний коліт з гіпомоторним синдромом. Доведена ефективність щодо застосування методики лікувального масажу, який спрямований на покращання клінічних показників, моторної функції товстої кишки, нормалізацію амплітуди рухів хребта.

Ключові слова: остеохондроз хребта, хронічний коліт з гіпомоторним синдромом, лікувальний масаж, амплітуда рухів.

Abstract. 30 patients with osteochondrosis of the spine in combination with chronic colitis with hypomotor syndrome were examined. The efficiency of the method of therapeutic massage, which is aimed at improving clinical performance, motor function of the colon, normalization of the amplitude of spinal movements.

Key words: osteochondrosis of the spine, chronic colitis with hypomotor syndrome, therapeutic massage, range of motion.

Вступ. В останній час у всьому світі відмічається прогресуюче зростання хвороб кишківника у зв'язку з урбанізацією життя, гіпокінезією, а також з такими негативними соціально обумовленими явищами, як неадекватне, незбалансоване харчування, алкоголізм, паління, Хронічні запальні захворювання кишківника, часто виникають у людей найбільш працездатного віку і за даними різних авторів, складають від 30% до 70% в структурі патології гастроентерологічного профілю, викликають тривалу тимчасову непрацездатність і розглядаються сьогодні в аспекті ризику виникнення колоректального раку. Значний відсоток зростання новоутворень товстої кишки, які вражають щорічно до 800 тис. чоловік у всьому світі, а також збільшення смертності від них більш ніж в половині випадків, ставить цю патологію в ряд найважливіших медичних і соціальних проблем. Порушення діяльності окремих частин шлунково-кишкового тракту спочатку зазвичай функціональні та зворотні. У міру прогресу хвороби до функціональних

порушень приєднуються морфологічні зміни, які надалі стають незворотними. При захворюванні травної системи спостерігаються зміни рухової, секреторної та всмоктувальної функцій. Патологічні процеси шлунково-кишкового тракту знаходяться в тісному взаємозв'язку між собою та обумовлені порушенням нервової регуляції. Хронічний коліт з гіпомоторним синдромом - одне з найбільш часто зустрічаються захворювань системи травлення. Однак у більшості пацієнтів з захворюванням кишечника діагностується остеохондроз хребта в активній стадії, який посилює патологічний перебіг комбінованого захворювання [2, 3, 5].

За даними ряду науковців, зокрема остеохондрозом поперекового відділу хребта страждають біля 80,0% дорослого населення, а поширеність в індустріально розвинених країнах становить до 90%. Захворювання, обумовлене багатьма чинниками. Воно містить у собі три основних патологічних процеси: дегенеративні хрящові і кісткові розростання, деформуючий спондиліоз, пролапс дисків, а потім утворення кил в міжхребцевих дисках. Про те, що люди страждали від болю в спині в усі часи, свідчать стародавні рукописи, малюнки і результати досліджень стародавніх поховань. В наш час страждають остеохондрозом практично всі, вся нація і навіть діти, особливо поперековим відділом хребта. З кожним роком збільшується кількість хворих з утворенням кил не лише поперекового відділу хребта, але і шийного. Причини – це щоденні надмірні навантаження на хребет, малорухливий спосіб життя, комп'ютер, стреси. Тому використання засобів фізичної реабілітації є актуальним у відновному лікуванні даної категорії хворих [1, 4, 6].

Важчим є перебіг остеохондрозу хребта, якщо він поєднується з захворюваннями кишечника. При поєднаній патології, загострення запального процесу спинномозкових нервів при остеохондрозі поперекового відділу хребта посилює порушення моторної, секреторної і евакуаторної функцій кишечника. Тому в останні роки велика увага приділяється реабілітації пацієнтів на хронічний коліт з гіпомоторним синдромом у яких також діагностовано виражений остеохондроз поперекового відділу хребта, при цьому важливе значення надається лікувальній гімнастиці, лікувальному масажу, що є

важливою складовою частиною реабілітаційних заходів на всіх етапах лікування.

Мета – удосконалити та науково обґрунтувати вплив лікувального масажу в комплексній реабілітації хворих з вираженим остеохондрозом поперекового відділу хребта в поєднанні з хронічним колітом з гіпомоторним синдромом в умовах поліклініки.

Завдання дослідження:

1. Обґрунтувати методику лікувального масажу у хворих на хронічний коліт в поєднанні з остеохондрозом поперекового відділу хребта.
2. Перевірити ефективність запропонованої методики масажу при поєднаних патологіях.

Хід дослідження та обговорення результатів. Дослідження проведені у 30 хворих віком від 40 до 50 років, з них 14 чоловіків і 16 жінок у яких діагностовано хронічний коліт з гіпомоторним синдромом у поєднанні з остеохондрозом поперекового відділу хребта. Пацієнти були детально обстежені і проходили амбулаторне лікування у поліклінічному відділенні №2 м. Ужгорода. За даними опитування практично всі хворі з поєднаною патологією скаржилися на відчуття важкості в епігастрії, ниючий біль в ділянці сигмовидної кишки, із них у 50% осіб відзначали іррадіацію болів в спину на рівні D₈ - D₁₂ - L₂. Болі в поперековому відділі хребта, які посилювалися при ходьбі відзначали 90,0% хворих. Обмеження рухливості хребта відзначали відповідно 80,0% пацієнтів. Здуття живота, бурчання по ходу кишківника відзначали відповідно 80,0% і 70,0% хворих. Закрепи, дратівливість, емоційну нестійкість виявляли у 60,0% і 80,0% пацієнтів. Ці симптоми свідчать про порушення евакуації шлункового вмісту, порушення перистальтики шлунково-кишкового тракту. При пальпації у 80,0% хворих відзначається болочість по ходу товстої кишки особливо в ділянці сигмовидної кишки, а також в ділянці спинномозкових сегментів D10 – L2, що відповідно до сегментарної будови інервують товсту кишку.

Для вивчення стану моторної функції товстої кишки і оцінки ефективності реабілітаційних заходів проведена реєстрація міоелектричної активності сліпої та сигмовидної кишок методом електроколонографії за

методикою А.М. Ногаллера, Т.К. Аверіної. Запис електроколонографії проводився зранку. Обробка даних проводилася за Я.С.Цімерманом. При цьому визначалась середня частота і амплітуда тонічних хвиль електроколонографії за допомогою лінійки-нормограми. Порівнювалась фонова міоелектрична активність товстої кишки та її зміни на початку і в кінці курсу лікування. В нормі вольтаж зубців на електроколограмі складав 0,12 – 0,14 мВ для сліпої кишки та 0,22 – 0,24 мВ – для сигмовидної. При дослідженні стану моторної функції кишківника натще у хворих з поєднаною патологією у 27 (90,0%) обстежених відзначалось зниження міоелектричної активності сліпої та сигмовидної кишок. Найбільш характерні були низькоамплітудні тонічні і перистальтичні коливання сигмовидної кишки на фоні підвищення частоти її тонічних скорочень. Це гіпотонічний-тахіритмічний тип моторики товстої кишки.

При проведенні лікувального масажу у пацієнтів з поєднанням хронічного коліту з гіпомоторним синдромом та остеохондрозу поперекового відділу хребта головним завданням було усунення або зменшення болю по ходу кишківника і поперека, нормалізація секреторної і моторної функції шлунку і кишківника, активізація крово- і лімфообігу, обмінних, трофічних процесів травної системи, зміцнення м'язів живота, збільшення рухливості хребта, зниження тонусу напружених м'язів і збільшення скорочувальної здатності ослаблених м'язів хребта, а також вплив на спинномозкові нерви, які забезпечують іннервацію кишківника. Застосовували класичний і сегментарно-рефлекторний масаж, який призначали при стиханні загострення

В основі механізму дії класичного масажу лежить стимулюючий вплив прийомів погладжування, розтирання, розминання, особливо вібрації, які спричиняють підвищення тонусу моторної функції кишківника, поліпшення крово- і лимфообігу органів травлення.

Починали масаж спини з поверхневого погладжування, яке поступово переходить у площинне глибоке і охоплююче погладжування двома руками або з обтяженням бічних поверхнь тіла. Розтирання прямолінійне, поперечне колове, зигзагоподібне, двома руками, а також з обтяженням з поступовим підвищенням тиску на масуючу поверхню. Розтирання ліктьовим краєм кисті

від внутрішніх країв і кутів лопатки до крижів паравертебрально. Пиляння м'язів спини, пересічення зовнішніх країв найширших м'язів спини і бокових поверхонь тулуба, потім дія на нижньогрудні, поперекові, крижові спинномозкові сегменти першим і другим прийомами сверління. Розминання поздовжнє, поперечне обома руками найширших м'язів спини та трапецієподібних м'язів. На поперековій ділянці масажні рухи виконували обома руками від крижів і клубових гребенів у напрямку до пахових лімфатичних вузлів. Надавлювання основою долоні в ділянці паравертебральних зон, найширших м'язів спини. Також енергійно використовували прийоми вібрації: безперервну та уривчасту, стрясування спини і таза.

Сегментарно-рефлекторний масаж передбачає впливи на рефлекторні зони шкірної поверхні тіла, а не на хворий орган, тобто побічно впливаючи на механізми патогенезу. При впливі спеціальними масажними прийомами на сегменти спинного мозку виникають так звані шкірно-вісцеральні (внутрішні) рефлекси, що викликають зміни діяльності внутрішніх органів і кровообігу в них. Дія на паравертебральні точки: розвести вказівний і середній пальці в сторони і розмістити по обидва боки хребта під кутом 30°, роблячи розминаючі рухи, ковзали пальцями уздовж хребта від потилиці, до крижового відділу хребта. Для більш глибокої дії на м'язи вздовж хребта долоні обидвох рук ставили на ділянку спини так, щоб пальці знаходилися під прямим кутом до великого пальця. Потім, надаючи достатній тиск, рухались вздовж усього хребта, зміщуючи шкіру. Відповідна реакція на нього залежить від інтенсивності, тривалості, площі і місця впливу, а також від функціонального стану організму. Масажуючи відповідні паравертебральні зони ми впливали на моторну, евакуаторну функцію кишківника. Масажували паравертебральні зони спинномозкових сегментів L₂ - D₁₂ - D₅, рефлексогенні зони тулуба, товстої кишки. Добрим доповненням рефлекторного впливу на кишечник при хронічних колітах є загальний масаж всієї підошви. При цьому особливо ретельно масажують проєкційні зони кишечника. Тривалість масажу 25-30 хвилин, на курс 15 процедур.

Масаж товстої кишки починали в правій клубовій ділянці знизу вгору по висхідній клубовій кишці до правого підребер'я, потім по поперековій до лівого підребер'я і по низхідній клубовій кишці до лівої клубової ділянки. Застосовують прийоми поверхневого погладжування, кругове і спіралеподібне розтирання кінчиками пальців і кистю руки з обтяженням, ніжні натискування, штрихування, переривчасту і безперервну вібрацію кінцями пальців, потрушування і підштовхування окремих відділів товстої кишки. Рухи виконували м'яко, ритмічно, не завдаючи болю. Закінчували масаж прийомами ніжного колового прогладжування за годинниковою стрілкою.

Після проведеного курсу лікувального масажу відзначається позитивна динаміка клінічних показників. Найбільш виразними є зменшення больового симптому в ділянці сигмовидної кишки, яке після курсу масажу відзначали 30,0% пацієнтів, здуття живота виявляли лише у 20,0% хворих. Болі, обмеження рухливості хребта відзначали лише 13,3% пацієнтів. Закрепи після реабіліційного масажу відзначали лише 16,6% пацієнтів. Емоційна нестійкість вегетативної нервової системи, дратівливість зникла або зменшилася у 23,3% хворих. Болючість при пальпації по ходу кишечника відзначали 26,6% пацієнтів.

У пацієнтів з поєднаною патологією після проведеного лікувального масажу підвищилися показники частоти тонічних хвиль сліпої (з $0,46 \pm 0,02$ до $0,59 \pm 0,03$ мВ) та сигмовидної (з $0,48 \pm 0,01$ до $0,64 \pm 0,03$ мВ) кишок. Відзначається також достовірне підвищення показників амплітуди тонічних хвиль сліпої (з $0,16 \pm 0,01$ до $0,22 \pm 0,007$ мВ) та сигмовидної (з $0,18 \pm 0,007$ до $0,23 \pm 0,02$ мВ) кишок.

Висновки:

1. Проведені дослідження показали, що у більшості хворих на хронічний коліт, у яких діагностований остеохондроз поперекового відділу хребта, найбільш характерними були болі в ділянці сигмо видної кишки з іррадіацією в спину на рівні L₂ - D₈ - D₁₂, болі, обмеження рухливості в поперековому відділі хребта, знижена моторна функція товстої кишки, знижений тонус м'язів черевного пресу.

2. Застосування комбінованої методики лікувального масажу при поєднанні хронічного коліту з гіпомоторним синдромом та остеохондрозом поперекового відділу хребта є ефективним методом, що зменшує тривалість перебування пацієнтів на амбулаторному лікуванні.

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

Література.

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

2. 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. Гаврилук, С. Є. Шостак. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 448 с.

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

4. 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.

5. Серебряна Л.А. Реабилитация больных с патологией органов пищеварения. – К.: Здоровья, 1989. – 208с.

6. Чабаненко С. Н. Массаж при заболеваниях органов пищеварения / С.Н. Чабаненко. – М. : Вече, 2004. – 176 с.

Наукове видання

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

29-30 квітня 2022 року

Збірник статей

Упорядник: проф. Єфіменко Павло Богуславович

*За достовірність представлених у збірнику матеріалів
відповідальність несуть автори*

