



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОГО МАСАЖУ

№ 1 (8)



Науковий журнал
Харків 2023

ХАРКІВСЬКА ДЕРЖАВНА АКАДЕМІЯ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОГО МАСАЖУ

Науковий журнал

№ 1 (8)

Харків - 2023

УДК 61.8(08)
А 43

Рішення Вченої Ради ХДАФК про видання наукового електронного журналу
«Актуальні питання сучасного масажу»,
протокол від 24 жовтня 2023 № 9

**Актуальні питання сучасного масажу. Науковий журнал / під ред.
П.Б. Єфіменко. ХДАФК. 2023. № 1 (8). 171 с.**

Головний редактор – Єфіменко П.Б. – кандидат педагогічних наук, професор,
завідувач кафедри фізкультурно-спортивної реабілітації
ХДАФК

Редакційна колегія:

- Мулик В.В. - доктор наук з фізичного виховання та спорту, професор,
ректор ХДАФК;
- Пустовойт Б.А. - доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри 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;
- Рубан Л.А. - кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент, кафедра
фізкультурно-спортивної реабілітації ХДАФК;
- Каніщева О.П. - кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент,
кафедра фізичної терапії ХДАФК, відповідальний секретар.

Журнал вміщує статті, в яких відображено матеріали XIV міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні питання сучасного масажу», що застосовується у галузі оздоровлення, лікування, фізичної реабілітації та спорту. Д цього випуску також включено тези доповідей Всеукраїнської науково-практичної студентської конференції «Сучасні проблеми здоров'язберігаючих технологій». Матеріали журналу представляють теоретичний і практичний інтерес науковим працівникам, магістрантам, студентам, а також фахівцям з масажу, фізичної терапії, фізкультурно-спортивної реабілітації, тренерам з видів спорту, для використання масажу в своїй професійній роботі.

Електронну версію журналу розміщено на сайті:
http://journals.uran.ua/modern_massage/index

© Харківська державна
академія фізичної культури,
2023

ЗМІСТ

<i>Матеріали XIV Міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні питання сучасного масажу»</i>	5
Білецька О.М., Манучарян С.В., Рашад Далі Ахмад Рамі <i>Застосування лікувального масажу в комплексі реабілітаційних заходів після ампутації нижньої кінцівки.....</i>	6
Брелюс Г.М. <i>Застосування Су-джок терапії і мануальної терапії у хворих з гіпертонічною хворобою I-II ступеню на фоні остеохондрозу шийного відділу хребта.....</i>	14
Внукова Н.В., Рубан Л.А. <i>Сучасний підхід до масажної терапії: оновлений погляд на давню практику.....</i>	23
Гончаров О.Г., Мерзлікін Б.Ю. <i>Лікувальний масаж та його різновиди, як один із засобів відновлення офісних працівників з шийним остеохондрозом хребта.....</i>	33
Єфіменко П.Б., Каніщева О.П., Кліментьєва Л.З. <i>Особливості алгоритму дій при масажі пацієнтів зі згладжуванням природних вигинів хребта після тривалого носіння важкої військової амуніції.....</i>	40
Каніщева О.П., Єфіменко П.Б. <i>Методичні особливості проведення окремих фрагментів класичного масажу, вплив якого спрямовано на стимулювання вентиляції органів дихання.....</i>	48
Коденко Є. С. <i>Лімфодренажний масаж обличчя та зони декольте.....</i>	57
Корж Ю.М., Корж З. О. <i>Комплексна методика масажу для покращення функцій шлунково- кишкового тракту</i>	62
Латогуз С.І. <i>Особливості лікувального масажу при плече-лопатковому періартриті....</i>	70
Мартиненко А.І., Рубан Л.А. <i>Корекція порушення постави у чоловіків 30-40 років після ампутації нижніх кінцівок за допомогою масажу.....</i>	77
Осіпов В.М. <i>Рефлекторні вправи та масаж для корекції психомоторного розвитку дітей грудного віку.....</i>	84
Пашкевич С.А., Полковник-Маркова В.С. <i>Ефекти лімфодренажного масажу в менеджменті посттравматичного набряку верхньої кінцівки.....</i>	95
Рубан В. О., Єфіменко П.Б. <i>Техніка міофасціального релізу для зняття м'язової напруги під час гри у Шаффлборд</i>	102

Руденко Р Є., Живущак Н.-М. В. <i>Масаж при ушкодженні капсульно-зв'язкового апарату колінного суглоба.....</i>	109
Сверчкова О.В., Литовченко В.О., Гарячий Є.В., Гребеник В.Д. <i>Мобілізація суглобів за Мейтландом та масаж при травмах опорно-рухового апарату</i>	117
Усіченко О.Ю. Литовченко В.О. <i>Вплив масажу та кінезіотерапії на рівень спастичності пацієнтів із ішемічним інсультом.....</i>	123
Філак Я.Ф., Філак Ф.Г. <i>Мануальні методи корекції хворих на радикулопатію поперекового відділу хребта ускладнену протрузіями</i>	129
Шевченко В.О. <i>Масаж «Туйна» та як натискати, щоб не боліло?.....</i>	136
Тези доповідей Всеукраїнської науково-практичної студентської конференції «Сучасні проблеми здоров'язберігаючих технологій»	142
Акопов А. <i>Оздоровчий вплив занять з важкої атлетики на фізичну активність підлітків</i>	143
Громко Є. <i>Проблема компенсації дефіциту рухової активності у студентів під час дистанційного навчання</i>	146
Коденко Є. <i>Мій марафон схуднення «ТІЛО МРІЇ»</i>	151
Мартиненко О. <i>Корекція постави у військовослужбовців засобами фізкультурно-спортивної реабілітації</i>	154
Рзаєва А. <i>Фізична активність як засіб керування емоціями під час воєнного періоду... ..</i>	156
Рубан В. <i>Адаптивні настільні ігри як засіб реабілітації та соціалізації людей похилого віку</i>	159
Санін М. <i>Профілактика серцево-судинних хвороб: комплексний підхід на первинній ланці засобами кінезіотерапії</i>	163
Ставицький С. <i>«Люди дощу». Чому так сталося? Профілактика народження дітей з розладами аутистичного спектру</i>	166
Шевченко В. <i>Поширення традиційної китайської медицини серед спортсменів</i>	169

ХАРКІВСЬКА ДЕРЖАВНА АКАДЕМІЯ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ДП КЛІНІЧНИЙ САНАТОРІЙ «РОЩА» ПРАТ «УКРПРОФОЗДОРОВНИЦЯ»
СХІДНОУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ФІЗИЧНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ
ЦЕНТР РЕАБІЛІТАЦІЇ ХРЕБТА І СУГЛОБІВ «REFIT»



матеріали

XIV Міжнародної науково-практичної конференції **«Актуальні питання сучасного масажу»**

Конференцію зареєстровано Державною науковою установою
«Український інститут науково-технічної експертизи та інформації»
Посвідчення № 470 від 25 жовтня 2022 р.

28-29 квітня 2023 року

Харків, ХДАФК – 2023

ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНОГО МАСАЖУ В КОМПЛЕКСІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ

¹Ольга Білецька, ¹Світлана Манучарян, ²Рашад Далі Ахмад Рамі

Харківський національний медичний університет, ¹Україна, ²Сірія

Анотація. У статті розглядається проблема фізичної терапії осіб після ампутації нижніх кінцівок. Мета дослідження передбачала аналіз ефективності застосування лікувального масажу в комплексі реабілітаційних заходів після ампутації нижньої кінцівки. Як метод дослідження використано синтез даних літературних джерел за темою дослідження.

Ключові слова: ампутація нижніх кінцівок, лікувальний масаж, фізіотерапія, кінезіотерапія

Abstract. The article deals with the problem of physical therapy after amputation of the lower limbs. The purpose of the study was to analyze the effectiveness of therapeutic massage in the complex of rehabilitation measures after amputation of the lower limb. As a research method, a synthesis of data from literary sources on the topic of research is used.

Keywords: amputation of the lower limbs, therapeutic massage, physiotherapy, kinesiotherapy.

Вступ. Щодня через повномасштабну війну Росії проти України багато її героїв отримують поранення різного ступеня тяжкості під час ведення бойових дій. Це безпосередньо поранення магістральної судини, мінно-вибухове розчленування, вибухове розтрощення, що в результаті ускладнення спричиняють втрату частини кінцівки або самої кінцівки. Звичайно, постраждалим надається перша кваліфікована медична допомога, спеціалізована у військових шпиталях та спеціалізованих медичних закладах. Але дуже важливе значення має також і подальша реабілітація військовослужбовців для відновлення їх функцій і можливості повноцінно працювати і жити в суспільстві. І на сьогоднішній день ця проблема є дуже

актуальною.

Метою дослідження було теоретично дослідити ефективність застосування лікувального масажу у комплексі різноманітних засобів фізичної терапії після ампутації нижньої кінцівки.

Результати дослідження. Реабілітація військовослужбовців після поранень потребує тривалого часу, який може тривати від 1-2 до 5-6 місяців і більше. Це вимагає терпіння та наполегливості не тільки самого пораненого, а й професіоналізму, чуйності та терпіння багатопрофільного медичного персоналу. Важливим у їх реабілітації є правильний і комплексний підхід та вибір оптимальних технічних засобів для найбільш ефективного впливу в тій чи іншій ситуації. Це й визначає швидкість реабілітаційних заходів, комфортне перенесення процедур та відповідний результат.

Фізична терапія після ампутацій застосовується за трьома періодами: ранній післяопераційний, що триває з часу операції до зняття швів; період підготовки кукси і хворого до протезування, який охоплює час від зняття швів до здатності хворого користуватись протезом; період опанування постійним протезом. Два останні періоди проходять, переважно, в денному стаціонарі, поліклініці реабілітаційних відділеннях і центрах [8, 10].

Загальними завданнями раннього післяопераційного періоду є профілактика післяопераційних ускладнень, покращення кровообігу та попередження атрофії м'язів в куксі, стимуляція процесів регенерації.

Після хірургічних операції хворий тривалий час перебуває в нерухомому стані, що веде до ослаблення м'язового тонусу і досить вираженого больового синдрому. Масаж в цей час вкрай необхідний. Процедуру лікувального масажу залежно від причини ампутації, її обсягу, локалізації і перебігу післяопераційного періоду починають застосовувати на 2-3-тю добу або через 7-10 днів. Завдання масажу: профілактика післяопераційних ускладнень; зменшення болю, тонусу м'язів та набряку тканин; активізація крово- і лімфообігу, трофічних і регенеративних процесів; попередження атрофії м'язів, тугорухливості, контрактур; сприяння утворенню рухомого рубця і

формуванню кукси. В цей час застосовують сегментарно-рефлекторні впливи в ділянці відповідних паравертебральних зон. Для зниження тону м'язів, що охоплені рефлекторними контрактурами, використовуються прийоми площинного і охоплюючого погладження, розтирання кінчиками пальців, штрихування, пиляння. Суглоби масажують прийомами погладження і розтирання. Обов'язково масажують збережену кінцівку. Протипоказання до застосування масажу: тяжкий стан хворого, сильний біль у куксі, можливість появи кровотечі [3, 5, 6].

У період підготовки кукси і хворого до протезування вкрай важливою проблемою є природна реакція тіла на хірургічне втручання – набряк після операції. За нормальних умов через 1-2 тижні він проходить. У цей період для зниження набряку застосовується бандаж. При набряку, що не спадає, крім іншого лікування рекомендується лімфодренуючий масаж, що виконується досвідченим фахівцем, а також використання еластичного бинта або компресійного чохла.

Накладення еластичної пов'язки – традиційний спосіб лікування набряків. Спочатку накладення бинта виконує медичний персонал, потім цього навчають пацієнта чи його родичів, так як цю процедуру можна виконувати вдома. Занадто вільна пов'язка не матиме бажаного ефекту, а занадто тісна (не затягнута на кінці кукси, але стискає її вище) може пошкодити тканини. Еластична пов'язка корисна для лікування набряків, але вона не така ефективна без інших комплексів догляду за куксами. Крім того, за відсутності регулярних вправ, пов'язка може стати причиною виникнення спастичних явищ і розвитку контрактури, які залежать від локалізації і рівня ампутації. Наприклад, якщо кукса у верхній третині стегна, то виникають згинально-відвідні контрактури, а в середній третині стегна – згинальні. У випадках двосторонньої ампутації стегон ці контрактури доповнюються ще зовнішньою ротацією культі. Після ампутації гомілки розвиваються переважно згинальні контрактури у колінних суглобах. При куксах стоп виникає згинальне положення у гомілковостопних суглобах [2, 3, 5].

Після зняття швів під час підготовки кукси і хворого до протезування застосовують щадний масаж кукси з допомогою площинного і охоплюючого погладжування, щипцеподібного розтирання, обходячи в перші дні операційний шов. У подальшому для загартовування кукси застосовують розминання у вигляді валяння, зміщення, розтягування, та вібраційні прийоми – поплескування, постукування, рубання, стьобання. Проводять дренажний масаж. За наявності контрактур масажують укорочені м'язи, використовуючи енергійні прийоми розтирання, розминання та вібрації, які застосовуються разом з редресуючими рухами в ураженому суглобі [6].

З метою підготовки кукси до опорної функції та протезування диференційовано застосовують прийоми глибокого розминання і вібрації, зміцнюють м'язи, що збереглися після ампутації: в ділянці стегна – привідні м'язи і розгиначі стегна; при ампутації в ділянці гомілки – литковий м'яз та ін. Кукса масажується прийомами площинного циркулярного і охоплюючого погладжування, розтирання, щипцеподібного розминання. В ділянці дистального конусу проводять: вібрацію, поколачування, рубання, стьобання. При стійких міогенних контрактурах застосовують сильні короткочасні багатократні ручні або механічні вібрації. Тривалість процедури 10-20 хвилин, щоденно або через день (курс 20-25 процедур). При зміцнілому післяопераційному рубці показаний підводний душ-масаж і механомасаж.

Під час підготовки кукси до тимчасового протезу необхідно ретельно підготувати шкіру, поступово загартовуючи післяопераційний рубець і інші м'які тканини кукси, які не звикли до контакту з гільзою та до осьових навантажень. Хворому через тиждень після операції рекомендується м'яко доторкатися і обережно поплескувати в ділянці верхівки кукси. На 10-14-й день після загоєння операційної рани всю поверхню кукси 2-3 рази на день по 10-15 хв обстукувати дерев'яною паличкою, обкрученою ватою. В цей час розпочинається тренування осьового навантаження кукси: хворий натискує її верхівкою спочатку на м'яку, потім на тверду поверхню, вкриту декількома шарами поролону, і переносить до 10 % маси тіла. Поступово кількість шарів

зменшується, а час навантаження й відсоток перенесення маси тіла збільшується. Через 2-3 тижня після початку таких осьових навантажень на куксу хворий буде спроможним утриматись на твердій опорі 5 с, що свідчить про його здатність ходити з протезом. Одночасно з цими діями формують куксу шляхом щоденного бинтування (бандажування) її від верхівки до основи [7, 10].

Період опанування постійним протезом розпочинається після адаптації хворого до тимчасового протеза і заміною його на постійний. В цьому періоді лікувальний масаж призначають для підвищення загального тону організму, ліквідації м'язових атрофій, нормалізації скорочувальної здатності усічених м'язів, поліпшення пружних властивостей і адаптації тканин кукси до користування протезом, підвищення її опороздатності. Використовують загальний і місцевий масаж. Особливу увагу приділяють масажуванню тих м'язів, які забезпечують рухи ампутованою кінцівкою та тих, які типово атрофуються після ампутацій: стегна – привідні і розгиначі стегна; гомілки – чотириголовий м'яз стегна, згиначі колінного суглоба; стопи – розгиначі стопи.

Масажування кукси і м'язів ампутованої кінцівки проводяться з використанням енергійних прийомів: перетинання, пиляння, валяння, розтягування, зміщення, стьобання, струшування. Також рекомендується підводний душ-масаж [3, 5].

Важливо враховувати, що підготовка пацієнта до протезування починається одразу після ампутації із застосуванням повного комплексу лікувально-відновлюючих засобів, серед яких найбільшим реабілітаційним ефектом володіють терапевтичні вправи, лікувальний масаж, фізіотерапія, заняття на тренажерах, тощо.

Рання мобілізація провідна форма кінезіотерапії. Тренування м'язів та профілактика контрактур суглобів під час підготовки до протезування проводиться з урахуванням певних завдань: сприяти формуванню рухомого, м'якого, еластичного рубця, не спаяного з розташованими під ним тканинами; попередити атрофію м'язів кукси; тренувати почуття рівноваги і координацію рухів, максимально розвинути компенсаторні рухові навички. Дуже важливо

зміцнювати і тренувати м'язи здорової ноги і спини, а також відновити повний обсяг рухів у всіх суглобах кукси. Для розвитку м'язово-суглобового відчуття після ампутації кінцівки (кінцівок) рекомендують акцентувати увагу на зміцненні необхідних груп м'язів при певних рівнях ампутації. Так, при ампутації на рівні гомілки необхідно зміцнювати розгиначі колінного суглоба і мускулатуру непошкодженої нижньої кінцівки. Якщо ампутація проведена на рівні стегна, то приділяють увагу розгиначам і м'язам які відводять кульшовий суглоб та мускулатурі непошкодженої нижньої кінцівки. У важких випадках при двосторонній ампутації стегон – м'язи спини, черевного преса, сідничних м'язів і м'язів рук.

Методи фізіотерапії займають важливе місце у процесі формування кукси, зниженні больового синдрому, набряків, лікуванні пороків і хвороб кукс. Фізіотерапія спрямована на поліпшення функціонального стану ЦНС та інших систем організму, санації вогнищ хронічної інфекції, попередження післяопераційних ускладнень [1, 8, 10].

Висновки. Чітких правил щодо необхідних процедур і тривалості реабілітаційного процесу після ампутації не існує. У середньому, процес займає кілька місяців і схильний до впливу безлічі факторів, а саме дотримання своєчасних покрокових заходів, таких як: процедури з ліквідації набряку (протинабрякова терапія), догляд за куксою, профілактика та лікування контрактур, нормалізація поверхневої чутливості, нормалізація функцій всіх основних систем організму, підвищення загальної витривалості організму, підготовка м'язової системи пацієнта до якнайшвидшої вертикалізації, тощо. До комплексу засобів відновлення входять фізіопроцедури, лікувальний масаж, терапевтичні вправи, психологічна допомога, заняття на тренажерах, остеопатія, загальнофізична підготовка. Тривалість та інтенсивність реабілітації залежить від віку, стану здоров'я, психологічного настрою пацієнта. Всі своєчасно розпочаті заходи здатні значно скоротити терміни післяопераційного відновлення та забезпечити успішне раннє протезування і повернення пацієнта до повноцінного життя.

Перспективи подальших досліджень – вдосконалення програми комплексної фізичної терапії для груп пацієнтів з різними рівнями ампутації нижніх кінцівок. При цьому актуальним є дослідження тренувального процесу з урахуванням анатомо-функціональних можливостей кістково-суглобової системи ампутованих пацієнтів.

Література.

1. Безсмертний Ю.О. Медична реабілітація хворих з місцевим больовим синдромом в ампутаційних куксах нижніх кінцівок // *Інноваційні діагностичні технології в медико-соціальній експертизі і реабілітації інвалідів : матеріали наук.-практ. конф. Дніпропетровськ, 2005. С. 240-242.*

2. Вакуленко Д.В., Вакуленко Л.О. Кутакова О.В., ін. Лікувально-реабілітаційний масаж : навч. посіб. Київ: ВСВ «Медицина», 2020. 568 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. Ісаєв Ю.О. Сегментарно-рефлекторний і точковий масаж у клінічній практиці. Київ: Здоров'я, 1993. 320 с.

5. Кирилюк В.В., Сітовський А.М. Лікувальний масаж при захворюваннях та травмах опорно-рухового апарату: методичні рекомендації. Луцьк, 2022. 45 с.

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

7. Мухін В.М. Фізична реабілітація. Київ: Олімпійська література, 2009. 203 с.

8. Мухін В.М. Фізична реабілітація в травматології: монографія. Львів: ЛДУФК, 2015. 428 с.

9. Пілашевич А. А. Фізична реабілітація при ампутації нижніх кінцівок. Київ. Б.В., 2006. 81 с.

References

1. Bezsmertnyi Yu.O. Medychna rehabilitatsiia khvorykh z mistsevym bolovym

syndromom v amputatsiinykh kuksakh nyzhnikh kintsivok // Innovatsiini diahnostychni tekhnolohii v medyko-sotsialnii ekspertyzi i reabilitatsii invalidiv : materialy nauk.-prakt. konf. Dnipropetrovsk, 2005. S. 240-242.

2. Vakulenko D.V., Vakulenko L.O. Kutakova O.V., in. Likuvalno-reabilitatsiinyi masazh : navch. posib. Kyiv: VSV «Medytsyna», 2020. 568 s.

3. Iefimenko P.B., Kanishcheva O.P., Beziazychna O.V. Masazh ditei ta doroslykh riznogo viku : navchalnyi posibnyk. Kharkiv: FOP Brovin O.V., 2021. 304 s.

4. Isaiev Yu.O. Sehmentarno-reflektionryi i tochkovyi masazh u klinichnii praktytsi. Kyiv: Zdorovia, 1993. 320 s.

5. Kyryliuk V.V., Sitovskyi A.M. Likuvalnyi masazh pry zakhvoriuvanniakh ta travmakh oporno-rukhoveroho aparatu: metodychni rekomendatsii. Lutsk, 2022. 45 s.

6. Kunychev L.A. Lechebnyi massazh. 4 yzd. ster. Kyev: Vyshcha shkola, 1990. 288 s.

7. Mukhin V.M. Fizychna reabilitatsiia. Kyiv: Olimpiiska literatura, 2009. 203 s.

8. Mukhin V.M. Fizychna reabilitatsiia v travmatolohii: monohrafiia. Lviv: LDUFK, 2015. 428 s.

9. Pilashevych A. A. Fizychna reabilitatsiia pry amputatsii nyzhnikh kintsivok. Kyiv. B.V., 2006. 81 s.

Відомості про авторів

Білецька Ольга Михайлівна: доктор медичних наук, професор; Харківський національний медичний університет, Україна.

Манучарян Світлана Валентинівна, старший викладач, Харківський національний медичний університет, Україна.

Рашад Далі Ахмад Рамі, здобувач вищої освіти, Харківський національний медичний університет, Сирія.

ЗАСТОСУВАННЯ СУ-ДЖОК ТЕРАПІЇ І МАНУАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ І-ІІ СТУПЕНЮ НА ФОНІ ОСТЕОХОНДРОЗУ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Галина Брелюс

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. Наведено результати реабілітації хворих гіпертонічною хворобою в I та II стадії захворювання, що протікає на тлі остеохондрозу шийного відділу хребта. Представлено спосіб раціонального поєднання мануальної терапії шийно-грудного відділу хребта з Су-Джок терапією.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, остеохондроз шийного відділу хребта, мануальна терапія, су-джок терапія

Abstract. The results of the rehabilitation of patients with hypertensive disease in the I and II stages of the disease, which occurs against the background of osteochondrosis of the cervical spine, are presented. The method of rational combination of manual therapy of the cervical and thoracic spine with Su-Jok therapy is presented.

Key words: hypertension, osteochondrosis of the cervical spine, manual therapy, su-jock therapy

Вступ. За статистичними даними МОЗ України гіпертонічна хвороба уражує 30% людей, що живуть у містах і 36% жителів сільської місцевості. Усього в нашій країні у 2020 році на обліку в закладах охорони здоров'я знаходилось 11,8 млн. хворих на артеріальну гіпертонію [3, 8]. Гіпертонічна хвороба в осіб, молодше 45 років, протікає часто безсимптомно, але з раннім залученням в патологічний процес органів-мішеней, які мають пряме відношення до серцево-судинної системи в цілому, що визначає ранній розвиток ускладнень і згодом - несприятливий результат захворювання. [1, 6].

У більшості випадків гіпертонічна хвороба розвивається і формується як захворювання у віці від 25 до 43 років. Саме в цьому віці виявляються перші симптоми шийного остеохондрозу хребта [4].

Було помічено, що гіпертонічна хвороба протікає найагресивніше з вираженою клінічною симптоматикою в молодому віці (до 35 років) на фоні остеохондрозу шийного відділу хребта. І, що цікаво, ступінь його виразності на

ранніх етапах захворювання не відіграє суттєвої ролі [5. 7] На даному етапі розвитку цих двох захворювань (артеріальної гіпертонії та остеохондрозу шийного відділу хребта) особливо вдалимими методами безмедикаментозної терапії є мануальна терапія та рефлексотерапія, в даному випадку це Су-джок терапія. [1, 4].

Мануальна терапія дозволяє відновити анатомічну природну форму шийного відділу хребта та збільшити (повернути) обсяг фізіологічної рухливості цього відділу хребта [5].

Су-Джок терапія, у свою чергу, дозволяє адаптувати відновлення функції м'язових груп шиї та плечового пояса з придушенням больового синдрому в зонах нейродистрофічних змін. При цьому вдається відновити механізми вегетативної регуляції мозкового кровообігу, забезпечуючи необхідний рівень артеріального тиску [1].

Мета дослідження: оцінити ефективність комплексного лікування із застосуванням методів Су-джок та мануальної терапії у хворих на гіпертонічну хворобу в I та II стадії захворювання, що розвивається на тлі остеохондрозу шийного відділу хребта.

Матеріали і методи дослідження. Нами проведено комплексне дослідження 62 хворих на гіпертонічну хворобу в I та II стадіях захворювання у віці від 25 до 52 років (43 жінки та 19 чоловіків). Було сформовано 2 групи спостереження хворих, у кожній з яких були виділені хворі з 1 і 2 ступенем артеріальної гіпертонії (АГ). Всі хворі отримували мануальну терапію у поєднанні з Су-джок терапією, що складається з магніто, моксо-терапії зон відповідності та насіння-терапії.

До групи порівняння увійшли 60 хворих на гіпертонічну хворобу у I та II стадії захворювання (30 чоловіків та 30 жінок), які отримували традиційне медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування в умовах того ж денного стаціонару та поліклініки м. Харкова. Хворих на гіпертонічну хворобу I стадії захворювання було 30 осіб. Хворих з I ступенем АГ було 17 осіб, хворих з II ступенем АГ було 13 осіб. Хворих у II стадії захворювання теж було 30 осіб. З них хворих із I ступенем АГ було 11 осіб, хворих із II ступенем АГ було 19.

Всі хворі були рандомізовані за статтю, віком і тривалістю захворювання, а також за рівнем основних показників АГ до лікування. Загальна тривалість

захворювання з моменту встановлення діагнозу широко варіювала: від двох до десяти років і у середньому становила $6+1,2$ роки.

В основну групу спостереження увійшли 39 хворих на гіпертонічну хворобу в I стадії захворювання у віці $31,5 +1,6$ років, з числа яких хворих з I ступенем АГ - 17 осіб і хворих із II ступенем АГ – 22 особи. Показники АГ у хворих на гіпертонічну хворобу цієї групи вагалися в середньому в межах: систолічний АГ (САГ) – $142,5+3,7$ мм рт. ст. і діастолічний АГ (ДАТ) - $89,5 +2,3$ мм рт. ст. Основними клінічними симптомами захворювання в цій групі хворих були: головний біль, біль в шиї та потилиці, особливо після нічного сну; періодичні запаморочення, погіршення сну, швидка стомлюваність, періодичні болі в області серця, епізодичні напади серцебиття, зниження працездатності та загального життєвого тону.

У другу групу спостереження були включені 23 хворих у II стадії захворювання у віці, в середньому $49,5+4$ роки та стажем захворювання до 10 років, з числа яких хворих з I ступенем АГ – 9 осіб та хворих з II ступенем АГ – 14 осіб. До лікування АГ у хворих цієї групи був стійко підвищеним та відповідав у середньому: САГ $157,5+6,8$ мм рт. ст. та ДАТ $97,5+4,2$ мм рт. ст.

Обстеження хворих на гіпертонічну хворобу проводилося за програмою, до якої увійшли: загальноприйняте клінічне обстеження, спеціальне анкетування за програмою обстеження хворих із серцево-судинними захворюваннями, щоденний триразовий моніторинг артеріального тиску.

З метою виявлення ступеня дегенеративно-дистрофічних змін у диско-вертебральних зчленуваннях шийного відділу хребта, всім хворим проводилося магнітно-резонансне або рентгенологічне дослідження шийного відділу хребта, а також ультразвукова доплерографія магістральних судин голови та шиї зі спеціальним дослідженням кровотоку у вертебральних артеріях шляхом доплерографії з застосуванням манжетної проби.

Клінічно значущий шийний остеохондроз хребта в I та II стадії захворювання був виявлений практично у всіх обстежених хворих на артеріальну гіпертонію, які були відібрані у групи дослідження. Клінічна картина у хворих на гіпертонічну хворобу з остеохондрозом шийного відділу хребта виявлялася наступними синдромами: кохлеовестибулярним синдромом (67,7%), який виявлявся системним та позиційним запамороченням (48,4%),

періодично виникаючим станом нестійкості, відчуттям шуму в голові, дзвони у вухах; синдромом порушення венозного кровообігу (70,9%) у вигляді дифузного головного болю, що іррадіює в ретроорбітальну ділянку з двох сторін, відчуття тяжкості в голові в ранковий час, набрякlostі повік і пастозності обличчя вранці; рефлекторним варіантом вегетативного синдрому хребетної артерії з характерною клінічною симптоматикою; головного болю, запаморочення, постуральної нестійкості з відчуттям шуму в голові, загальною слабкістю, кардіалгічним синдромом, зниженням розумової працездатності, різким зниженням оперативної пам'яті та уваги.

Виявлено певну залежність ступеня виразності місцевих больових синдромів. у шийно-плечовій зоні від віку пацієнтів У 74,2% хворих до 35 років виявлено м'язово-дистрофічні зміни у м'язах шиї та плечового поясу. Ці зміни виявлялися пальпаторно у вигляді поліморфних внутрішньо-м'язових ущільнень, болючих при пресації.

У хворих, старших тридцяти п'яти років відзначалися полісиндромні зміни, які виявлялися з двох сторін і завжди поєднувалися з більш або менш фіксованим кохлеовестибулярним синдромом або вегетативним синдромом вертебральної артерії. На МРТ та рентгенограмах шийного відділу хребта виявлялись ознаки унковертебрального артрозу, нестабільності сегментів С₄-С₅, С₅-С₆, випрямлення шийного лордозу, виражений сколіоз, нерівномірне зниження висоти міжхребцевих дисків, фокальний спондилоартроз та інші ознаки дистрофії хребта.

У 66,1% хворих на гіпертонічну хворобу цієї групи були ознаки помірно виражених супутніх захворювань, серед яких в основному зустрічалися хвороби серцево-судинної системи (58,1%), органів травлення (35,5%), опорно-рухового апарату (30,6%), дихальної системи (19,4%) та ін. Хворих цієї групи турбували: часті метеотропні головні болі, болі в потиличній області та області шиї, шум у вухах, зорові розлади, періодичні болі в області серця, серцебиття, поганий сон, задишка при фізичному навантаженні, зниження працездатності, швидка втома.

Лікування хворих проводилося методом поєднання комплексної Су-джок терапії один раз на день, у середньому на курс 15 сеансів Су-джок терапії з чередування 10 сеансів мануальної терапії. Рецепт Су-джок терапії підбирався

індивідуально, Застосовувались прогрівання активних точок мінімоксами по пролонгованим меридіанам F-E (тонкого кишківника-серця), I-Y (головного - спинного мозку), H-C (нирок-сечового міхура); магнітні стрілки – гальмування меридіанів F-E (тонкого кишківника-серця), та насіннятерапія на зони активних точок, які визначались протягом кожного сеансу.

У наших спостереженнях, в більшості випадків, поєднання мануальної терапії та Су-джок терапії супроводжувалося швидким зниженням показників АТ. Можна вважати, що його стабілізація на цільовому рівні відбувалася не тільки за рахунок мануальної терапії, а й за рахунок поєднання Су-джок терапії, що значно покращувало загальне самопочуття хворих, стабілізувало показники. З метою закріплення отриманого лікувального ефекту та профілактики рецидиву епізодичного підвищення АТ всім хворим у другій фазі лікування проводилась насіння терапія.

Хворі навчалися основам насіннятерапії та впливу на зони відповідності насіння не тільки, як масажера природного походження, а й енергетичної підтримки біологічно активних точок. Хворі фіксували на добу насіння яблука, груші, проса на зони відповідності серцю, спинному мозку, печінці. Протягом дня проводили інтенсивне натискання на насіння до неприємних відчуттів 10-20 раз 4-6 разів на день з інтервалом 1,5-2 години.

Контроль за станом хворих здійснювався лікарем перші 3 сеанси лікування через день, а потім раз на 5 днів. Раз на 5 днів проводили корекцію розташування насіння з урахуванням динаміки захворювання та корекції супутніх симптомів. Загальна тривалість насіннятерапії становила, в середньому, 20-35 днів, кількість сеансів лікування – 10-15.

Хід дослідження та обговорення результатів. Лікування хворих на гіпертонічну хворобу з остеохондрозом шийного відділу хребта за такою комплексно методикою виявилось досить ефективним. У всіх хворих у I стадії захворювання було відзначено значне зниження клінічних симптомів захворювання, зменшення частоти проявів або зникнення пароксизмальних вегетативних синдромів, зниження показників систолічного АТ до цільового рівня та зниження вегетативної лабільності пульсу вже після 2-3 сеансів лікування (2 сеансу мануальної терапії та 3-4 сеанси Су-джок терапії), зниження показників АТ на цільовому рівні зазвичай відбувалися лише після 5–

6 сеансів лікування.

Слід особливо відзначити, що в абсолютної більшості обстежуваних хворих в I стадії захворювання (71,8%) до кінця 1-го курсу лікування (15 сеансів лікування) відзначалася стабілізація основних показників АТ на цільовому рівні при відміні вазоактивних фармакологічних препаратів, якщо такі застосовувалися до лікування протягом 6-9 місяців. У хворих у II стадії захворювання стабілізації показників АТ вдалося досягти лише у 17,4% випадків, поєднуючи курс такої ж мануальної та Су-джок терапії на тлі зниження дози раніше пролонгованих гіпотензивних засобів 1 раз на день.

Контроль показників АТ та динаміки клінічної симптоматики після лікування проводився в кілька етапів: через 1 місяць після виписки зі стаціонару, через 3 місяці, через 6 місяців і через 1 рік після 1-3 курсів комплексного застосування су-джок терапії та мануальної терапії.

У групі хворих на гіпертонічну хворобу у I стадії захворювання систолічний артеріальний тиск знизився, в середньому, з $142,5 \pm 3,7$ до $120,5 \pm 3,1$ мм рт. ст., що склало 15,4%, а діастолічний артеріальний тиск - з $89,5 \pm 2,3$ до $81,5 \pm 2,1$ мм рт. ст., що становить 8%.

У хворих на гіпертонічну хворобу у першій групі досягнуті показники АТ утримувалися протягом всього періоду спостереження. При цьому всі показники АТ, без проміжних підвищень, відзначено у 76,96% хворих. Проміжне, короткочасне підвищення рівня АТ зазначалося у 23,1% пацієнтів.

У другій групі хворих на гіпертонічну хворобу також відбулося зниження показників систолічного АТ та діастолічного АТ до цільового рівня, але не у всіх хворих, а у 21,7%, і то тимчасово (на 3-5 днів), з постійним підвищенням показників АТ до 70-80% від вихідних показників.

Але у цих хворих не спостерігалися судинні кризи та практично зникли головні болі та болі в області шиї та потилиці.

У хворих у II стадії захворювання протягом усього періоду спостереження стабілізація показників АТ на цільовому рівні відзначено у 65,2%. Протягом перших 3-х місяців у 52,2% хворих цієї групи реєструвалося оптимальні показники АТ, без періодичних фіксованих у часі підвищення його рівня. Проміжне епізодичне підвищення артеріального тиску було відзначено у 43,5% хворих. Через 6 місяців спостереження показники АТ на цільовому рівні

відзначені у 39,2% хворих. Епізоди підвищення АТ - у 56,5% хворих. Через 9 місяців після проведеного курсу комплексного лікування за нашою методикою цільовий рівень АТ зберігся лише у 26,1% хворих. Слід зазначити, що це хворі у процесі проведення курсу мануальної та Су-джок терапії відчували себе комфортно, ускладнень не відзначено.

З перших сеансів лікування наставало поліпшення загального самопочуття, зменшення тривожності, поліпшення сну, фізичної працездатності та ін. У хворих в I стадії захворювання лікування було ефективним за наступними клінічними симптомами: запаморочення, біль у серці, серцебиття, задишка, набряки, метеотропність, погіршення показників пам'яті та уваги. У хворих у II стадії захворювання зменшилися клінічні прояви захворювання за наступними симптомами: головний біль, запаморочення.

Висновки. Проведене дослідження показало, що всі методи, які ми використовуємо в лікуванні хворих (су-джок терапія, мануальна терапія) виявилися ефективними, але не рівнозначними по кінцевому результату в лікуванні хворих на гіпертонічну хворобу у I та II стадіях захворювання на тлі остеохондрозу шийного відділу хребта.

Лікування хворих на гіпертонічну хворобу методами тільки су-джок терапії в цілому дозволяє знизити показники АТ до цільового рівня на короткий термін (від декількох тижнів до 1,5 місяця), але для цього необхідно провести 2-3 курси лікування з інтервалом між ними 12-15 днів. Зазвичай Су-джок терапія вже до 7-го сеансу першого курсу лікування дозволяє купірувати до 67% основних клінічних симптомів захворювання.

Насіння-терапія, будучи різновидом Су-джок терапії, дозволяє усунути не тільки більшість попутних вторинних симптомів захворювання на етапі завершення курсового лікування, але й утримує показники АТ на цільовому рівні після виписки хворого зі стаціонару, що є, певною мірою, профілактикою рецидиву частини клінічної симптоматики та підвищення артеріального тиску вище за цільовий рівень.

Можна вважати, що саме мануальна терапія сприяє швидшому одержанню клінічного ефекту у формі не тільки зниження артеріального тиску, а й стабілізації його на цільовому рівні, що веде до подовження термінів ремісії на значний проміжок часу (від 3 до 6 місяців).

Проведене дослідження хворих на гіпертонічну хворобу у ранній стадії розвитку захворювання показало, що поєднання мануальної терапії з Су-джок терапією у 82,3% дозволяє у найкоротші терміни отримати відчутний клінічний ефект у вигляді зниження показників АТ до цільового рівня та зменшити більшість клінічних симптомів захворювання. При цьому часто вдавалося знизити дозу фармакологічних препаратів, а багатьох хворих в І стадії захворювання визволити від необхідності щоденного прийому фармакологічних гіпотензивних засобів.

Література

1. Брелюс Г.М. Основи Су-Джок терапії — Дніпро 2019, — 138 с.
2. Горбась І.М. Епідеміологія основних факторів ризику серцево-судинних захворювань // Артериальная гипертензия. — 2008. — № 2 (2). — С. 13-18.
3. Горбась І.М., Смирнова О.О., Кваша І.П., Дорогой А.П. Оцінка ефективності «Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні» за даними епідеміологічних досліджень // Артериальная гипертензия. - 2010. - № 6(14). - С. 51-67
4. Єфименко П. Б. Техніка та методика класичного масажу: [навч. посібник]. Харків: ОВС, 2007. 216 с.
5. Коваленко О.Є., Мачерет Є.Л, Коркушко О.О., Ляпко М.Г. Рефлексотерапія: реалії та перспективи застосування в системі медичної реабілітації хворих // Український неврологічний альманах. 2011. № 2. С. 35-38.
6. Проект робочих груп Асоціації кардіологів України з невідкладної кардіології та артеріальної гіпертензії. Гіпертензивні кризи // Артериальная гипертензия, 2011, №3, С. 64-95.
7. Свіщенко Є.П Виявлення та лікування артеріальної гіпертензії в Україні: реальність та перспективи // Український кардіологічний журнал. - 2010. — Додаток 1. — С. 13-15.
8. Сіренко Ю.М. Виконання Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні (1999–2007 роки) // Артериальная гипертензия. — 2008. — № 2 (2). — С. 83-88.
9. Яроцкая Э.П. Рефлексотерапия заболеваний внутренних органов. Харьков. 1994. -158с.

References

1. Breljus H.M. Osnovy Su-Dzhok terapii. Dnipro 2019. 138 s.
2. Horbas I.M. Epidemiolohiia osnovnykh faktoriv ryzyku sertsevo-sudynnykh zakhvoriuvan // Arteryalnaia hipertenzyia. 2008. № 2 (2). S. 13-18.
3. Horbas I.M., Smyrnova O.O., Kvasha I.P., Dorohoi A.P. Otsinka efektyvnosti «Prohramy profilaktyky i likuvannia arterialnoi hipertenzii v Ukraini» za danymy epidemiolohichnykh doslidzhen // Arteryalnaia hipertenzyia. 2010. № 6(14). S. 51-67
4. Iefymenko P. B. Tekhnika ta metodyka klasychnoho masazhu: [navch. posibnyk]. Kharkiv: OVS, 2007. 216 s.
5. Kovalenko O.Ie., Macheret Ye.L, Korkushko O.O., Liapko M.H. Refleksoterapiia: realii ta perspektyvy zastosuvannia v systemi medychnoi reabilitatsii khvorykh // Ukrainskyi nevrolohichnyi almanakh. 2011. № 2. S. 35-38.
6. Proekt robochykh hrup Asotsiatsii kardiologiv Ukrainy z nevidkladnoi kardiologii ta arterialnoi hipertenzii. Hipertenzyvni kryzy // Arteryalnaia hipertenzyia, 2011, №3, S. 64-95.
7. Svishchenko Ye.P Vyiavlennia ta likuvannia arterialnoi hipertenzii v Ukraini: realnist ta perspektyvy // Ukrainskyi kardiologichnyi zhurnal. 2010. Dodatok 1. S. 13-15.
8. Sirenko Yu.M. Vykonannia Prohramy profilaktyky i likuvannia arterialnoi hipertenzii v Ukraini (1999–2007 roky) // Arteryalnaia hipertenzyia. 2008. № 2 (2). S. 83-88.
9. Iarotskaia Э.Р. Refleksoterapiia zabolevani vnutrennykh orhanov. Kharkov. 1994. -158 s.

Відомості про автора

Брелюс Галина Михайлівна: старший викладач; Харківська державна академія фізичної культури.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО МАСАЖНОЇ ТЕРАПІЇ: ОНОВЛЕНИЙ ПОГЛЯД НА ДАВНЮ ПРАКТИКУ

Наталія Внукова, Лариса Рубан

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. Зазначено що Сучасний підхід до масажної терапії – це клінічно орієнтоване мультимодальне лікування (мануальна терапія, лікування та навчання пацієнта) яке засноване на біопсихосоціальной моделі здоров'я та хвороби. На сучасному етапі масажна терапія завдяки потужному впливу на організм досить поширено та з великим успіхом використовується в різних галузях медицини і може розглядатися як потужний інструмент швидкого відновлення не тільки у цивільній, а й у військовій медицині. Тому на теперішній час існує потреба в узагальненому аналізі та підходах до систематизації методологічних основ функціонування масажної терапії.

Ключові слова: масажна терапія; узагальнений аналіз, мультимодальне лікування; біль; відновлююча масажна терапія наслідків військових дій; модифікація симптомів.

Abstract. The modern approach to massage therapy is a clinically oriented multimodal treatment (manual therapy, treatment and patient education) that is based on the biopsychosocial model of health and illness. At the present stage, due to its powerful effect on the body, massage therapy is quite widely and successfully used in various fields of medicine (traumatology, surgery, therapy, gynecology, neurology, etc.) and can be considered as a powerful tool for quick recovery not only in civil, and in military medicine. Therefore, at the present time there is a need for a generalized analysis and approaches to the systematization of the methodological foundations of the functioning of massage therapy.

Keywords: massage therapy; generalized analysis, multimodal treatment; pain; restorative massage therapy of the consequences of military operations; modification of symptoms.

Вступ. Протягом історії більшість суспільств використовувала масаж для лікування людей із захворюваннями та обмеженими можливостями. Суть досліджуваної проблеми полягає у викликах сучасного часу з точки зору

великого попиту на швидку й ефективну реабілітацію організму людини не тільки в цивільній медицині, а й у воєнній. Загальновизнано, що масаж корисний при болях різної етіології, але лише нещодавно вчені звернули увагу, чому масаж корисний при болях, дає позитивний ефект при мультимодальному лікуванні. Важливим виявилось питання, яким чином можна в сучасній медицині застосувати системні підходи синергетичного впливу масажної терапії на пацієнта при мультимодальному лікуванні.

Актуальність теми було підтверджено аналізом останніх досліджень, який показав, що найкращий спосіб описати ефект масажної терапії полягає не в єдиній відповіді. Оскільки реакція на терапію масажем є багатофакторною – фізіологічні та психологічні фактори взаємодіють у складний спосіб. У сучасній моделі корисні ефекти масажної терапії найкраще описуються як сукупність взаємопов'язаних адаптаційних реакцій. Виокремлення не до кінця розв'язаних раніше частин загальної проблеми полягає в аналітичних дослідженнях загально важливих методологічно обґрунтованих та науково підтверджених способів масажу, які покращують самопочуття.

Мета дослідження. Узагальнений аналіз та підходи до систематизації методологічних основ функціонування масажної терапії. Акцентування необхідності у науково обґрунтованих системних дослідженнях, які повинні включати синергетичні мультимодальні засоби до розв'язання важливої проблеми масажної терапії як сучасного та актуального інструменту як спортивної реабілітації так і реабілітації в класичній медицині при відновленні після бойових дій.

Результати дослідження. Для того, щоб вірно об'єднати весь існуючий практичний досвід в єдину методологічну систему, необхідно врахувати та узагальнити всі варіанти впливу на критерії розвитку інструментарію масажної терапії. Формування сучасних підходів до масажної терапії бере початок майже у глибині тисячоліть. Одні автори походження слова «масаж» ведуть від арабського «mass» або «masch» – «ніжно надавлювати, стосуватися», інші – від грецького «masso» – «стискати руками», треті – від латинського «massa» – «прилипаючі до пальців» [1-5].

Відомим є той факт, що із самих древніх часів масаж був частиною лікарського мистецтва. Прийоми масажу першими описали індійці й китайці. В Європі лише в епоху Відродження виник інтерес до гімнастики й масажу. Це відбулося в XI-XV ст. після появи робіт з анатомії Монди Де Сіучі. Європейські лікарі почали аналізувати й розвивати праці лікарів Древньої Греції й Древнього Рима, почався розвиток попиту на інформацію щодо лікувальної гімнастики й масажу. Були написані книги про лазні й тілесні вправи стародавніх греків і римлян. Розвитку медичної науки в епоху Відродження сприяли бельгійський анатом Андреас Везалій (1514-1564 гг.) і англійський лікар Вільям Гарвей (1578-1657 гг.). Андреас Везалій по праву вважається творцем анатомії як науки, оскільки він одним з перших описав багато органів людини. Гарвей вніс величезний вклад у фізіологію, відкривши й описавши систему кровообігу. Знаменитий Меркуліус зібрав всю літературу того часу по масажу й гімнастиці й написав відомий твір «Мистецтво гімнастики», у якому вперше систематизовані й описані три види розтирання: слабке, сильне й середнє. Це було перше видання з ілюстраціями й докладними методичними вказівками. Після публікації трактату Джованні Бореллі «Рух тварин» масаж став розвиватися швидкими темпами. У ньому Бореллі показує фізіологічний шлях вивчення руху. Фуллер у книзі «Медична гімнастика» намагався пояснити процес дії масажу на організм людини фізіологічними процесами. В 1771 р. Андре опублікував двотомник по ортопедії, де докладно розповів про масаж. Німецький учений Гофман написав об'ємну працю, що складається з дев'яти томів: «Радикальна вказівка, що людина повинна робити, щоб уникнути ранньої смерті й усіяких хвороб». У цьому творі Гофман широко пропагує масаж, рекомендує користуватися прийомами розтирання. В 1780 р. з'явився твір знаменитого французького клініциста Клемана Жозефа Тиссо «Медична й хірургічна гімнастика». У цій роботі він наводить численні дані про те, наскільки ефективним виявлявся масаж, застосовуваний у гімнастиці й хірургії. Він писав, що «рух може часто замінити різні ліки, але жодне ліки не замінить рух». Найдійовішим прийомом масажу він вважав розтирання, рекомендуючи два способи: сухе й вологе [2, 12]. Загальновизнано, що масаж корисний при болях та хворобливих станах, але тільки нещодавно вчені почали запитувати,

чому масаж корисний? Історія людства говорить про те, що більшість суспільств використовували масаж для лікування людей із захворюваннями та обмеженими можливостями. З давніх часів масаж був невід'ємною частиною лікування. Ще в прадавні часи первісні люди застосовували масаж як лікувальний засіб. Відомі прийоми, поглажування, розтирання, розминання хворого місця спочатку було чисто інстинктивним. Його робили на самих ранніх етапах розвитку народної медицини [2-6].

Встановлено, що багато століть назад масаж застосовували як лікувальний засіб народи, що живуть на островах Тихого океану. Із самих древніх часів масаж був частиною лікарського мистецтва. Прийоми масажу першими описали індійці й китайці. В одному з медичних трактатів Древньої Індії, відомому за назвою «Аюрведи», докладно описані прийоми масажу, застосовувані індійцями при різних захворюваннях. При цьому відбувалося розминання всього тіла – з верхніх кінцівок до стоп. Індійці першими з'єднали парові лазні з масажем, тобто почали використовувати синергетичний підхід в масажній терапії: фізичні параметри середовища та безпосередній вплив на пацієнта. Якщо відзначити початок процесу систематизації та розробки наукового підходу до масажної терапії, то можна затверджувати, що це відбулося саме у цих країнах: були створені перші школи, у яких навчали прийомам масажу. У Древньому Китаї були закладені джерела профілактичної медицини. Там практично у всіх провінціях були створені лікарсько-гімнастичні школи, у яких займалися підготовкою лікарів, прийомами масажу і лікувальної гімнастики. Застосовувався масаж і в Древньому Єгипті, Абіссинії, Лівії, Нубії. Він був відомий у цих країнах ще за 12 століть до н.е. Особливостями давньоєгипетської практики масажу було поєднання масажу із дією фізичних параметрів (температури, вологості). Аналіз зображень, що збереглися на древніх барельєфах і на деяких єгипетських папірусах, дозволяє зробити висновок про те, що ассирійці, перси, єгиптяни не тільки були знайомі з масажем, але й застосовували його з лікувальною метою, що й доведено зображенням основних прийомів масажу на папірусах: прогладжування, розтирання стопи, постукування м'язів спини й сідничних м'язів [3-8].

Актуальність пошуку інструментарію прискореної реабілітації тих пацієнтів, що зазнали шкоди здоров'ю внаслідок бойових дій, обумовлює потребу у більш ретельному сучасному аналізі методик масажної терапії у Давньому Римі та Греції. В Індії й Китаї, Древній Греції й Римі масаж широко використовувався в системі фізичного виховання воїнів, гладіаторів і кулачних бійців. Римляни й греки виділяли такі види масажу, як попередній (виконуваний перед виходом атлета на арену), тренувальний, відбудовний (для зняття втоми). Доведено той факт, що відбулися успішні клінічні спроби впровадження мультимодальної масажної терапії для професійно спрямованого використання в цілях реабілітації, профілактичної терапії для воєнних: ароматерапію (змащування оліями) поєднували з масажними методиками. Великі вчені - медики приділяли увагу аналізу та систематизації методологічної бази масажної терапії. Серед них : Геродикос та Гіпократ, Асклепід, Гален, Цельс. Описи містять факти перших спроб систематизації масажу за різновидами масажу, цілями, видами, інструментальними практиками та результатами впливу. Римляни ввели апітерапію й масажну терапію в систему військового і фізичного виховання. Масажна терапія вважалась одним з основних елементів грецької медицини. Гіпократ (459-377 гг. до н.е.) досвідченим шляхом перевірів всі теоретичні положення про масаж. У Древній Греції надавали масажу велике значення й вважали, що його потрібно застосовувати не тільки в медицині, але й у побуті й спорті, а також впроваджували його в школі й армії. Східна медицина досягла найбільшого розквіту в X-XI вв. Цей час відзначено розквітом арабської медицини. Один з відомих її представників Авіцена розробив нову методику лікування і попередження різноманітних захворювань з детальним описом прийомів масажу. Багато уваги приділялося розробці нових методів лікування й попередження різних захворювань. У відомих працях Авіцени «Канон лікарської науки» і «Книга зцілення» дані рекомендації, що стосуються гігієни тіла, використання з лікувальною метою мінеральної води, докладне опис прийомів масажу. Дуже широко лазні й масаж застосовувалися в Туреччині й Персії. Школа східного масажу відрізнялася від школи Древньої Греції й Риму. Відмінність полягала в технологіях фізичного впливу, турки масажували

подібно єгиптянам і африканцям: розтирали й давили пальцями, перетирали тканини. Температурний режим теж відрізнявся: масаж робився в лазнях в окремій сухій і нагрітій кімнаті. Фахівці східного масажу працювали руками й ногами, приділяючи основну увагу розтиранням і рухам у суглобах [4-9].

У Київській Русі застосовувалися методики масажної терапії, які мали за ціль загартовування і масаж. До них ставилися як прямий, так і непрямий вплив на пацієнта (постукування, розтирання віником, активні рухи у поєднанні з ароматерапією, фітотерапією, фізичними факторами впливу (різниця температурних режимів)). У древніх слов'ян ця форма масажу називалася «вощенням», вона була описана у працях Нестора. Слов'янські методики масажної терапії також включали до себе поєднані види впливу з терапевтичними, лікувальними, реабілітаційними, профілактичними цілями.

Згодом масаж і лікувальна гімнастика починають використовуватися на всіх континентах. В XI в. у Франції, Німеччині, Англії й інших країнах з'являються численні праці про масажну терапію і про результати її застосування при лікуванні різних хвороб. Цьому сприяє розвиток таких наук, як біологія, анатомія, фізіологія. До XI сторіччя не було загальновизнаного наукового обґрунтування так званого європейського досвіду масажу, і тільки в сімдесятих роках XX сторіччя у Європі з'явилися перші клінічні й експериментальні роботи з масажної терапії. У них були закладені основні принципи наукового обґрунтування впливу масажу на організм людини, описувалися й приводилися в систему прийоми масажу, були розроблені рекомендації для його проведення, чітко обмовлялися всі показання й протипоказання. Особливої уваги у зв'язку з розвитком міжнародних змагань у спорті (в тому числі, параолімпійському) заслужив напрям - спортивний масаж, що є успішним засобом для підготовки спортсменів до змагань і швидкого зняття втоми. Вже існує безліч робіт, у яких науково обґрунтовується методика й показання до застосування масажу залежно від виду спорту [13, 14]. На сучасному етапі масаж завдяки потужному впливу на організм досить поширено та з великим успіхом використовується в різних галузях медицини [8, 9].

Перераховуючи наявні докази, стає зрозуміло, що питання пошуку найкращого способу описати методологію ефективності масажної терапії на має єдиної відповіді. На сьогоднішній час це вкрай серйозне професійне завдання, яке має міждисциплінарний характер. Оскільки реакція на терапію масажем багатofакторна – фізіологічні та психологічні фактори взаємодіють складним способом. У сучасній моделі фізичної терапії корисні ефекти масажної терапії найкраще описуються як сукупність взаємозалежних адаптаційних реакцій. На сучасному етапі масаж завдяки потужному впливу на організм досить поширено та з великим успіхом використовується в різних галузях медицини (травматологія, хірургія, терапія, гінекологія, неврологія і т. д.) Сучасний підхід до фізичної терапії – це клінічно орієнтоване мультимодальне лікування (масажна терапія, мануальна терапія, лікування та навчання пацієнта) яке ґрунтується на біопсихосоціальной моделі здоров'я та хвороби.

У сучасному підході фахівці з масажної терапії використовують клінічно орієнтоване мультимодальне лікування (мануальна терапія, лікування, навчання пацієнта), яке ґрунтується на біопсихосоціальной моделі здоров'я та хвороби.

Базуючись на біопсихосоціальной моделі, дослідження механізмів дії має виходити за рамки локальних змін тканин і включати периферичну та центральну ендогенну модуляцію болю [5]. Біопсихосоціальная модель здоров'я та хвороби забезпечує практичну парадигму для дослідження складної взаємодії між масажною терапією та клінічними результатами. Спостережуваний сприятливий результат можна пояснити рядом механізмів, що перекриваються на периферії, спинному та головному мозку, включаючи, але не обмежуючись [4].

Техніки модифікації симптомів нещодавно були розділені на пасивну або активну терапію. Активну терапію, таку як фізичні вправи, справедливо захищали, тоді як «пасивна» терапія, головним чином мануальна терапія, вважалася малоцінною в спектрі фізіотерапевтичного лікування [10]. На теперішній час, спортивному середовищі, як і серед військових, які реабілітуються, є деякі загальні ознаки того, де фізична активність і вправи є

невід'ємною частиною спортивного / реабілітаційного досвіду. Використання стратегій, пов'язаних лише з фізичними вправами, для боротьби з болем і травмами може бути складним, враховуючи вимоги та якості спортивної кар'єри / стану після отриманих поранень, які включають хронічно високі внутрішні та зовнішні робочі навантаження. На участь може вплинути біль і його вплив на пов'язані фактори, такі як продуктивність на тренуваннях і змаганнях, або під час реабілітаційних процесів, тривалість кар'єри / термінів реабілітаційного періоду, потенційний фінансовий заробіток / державне утримання, можливість отримання освіти, соціальний тиск, вплив сім'ї, друзів та інших ключових учасників їхньої спортивної / соціально - реабілітаційної діяльності [3]. Хоча дуже поляризовані точки зору щодо різних методів лікування створюють чорні та білі «сторони», існує прагматична сіра зона щодо масажної терапії, в якій правильне клінічне обґрунтування може сприяти покращенню лікування болю та травм у спортсменів / пацієнтів поранених під час збройних конфліктів. Ця сіра зона включає як історичні позитивні короткострокові результати, так і негативні історичні біомеханічні основи, які створили необґрунтовану догму та невідповідне надмірне використання [11]. Застосування стратегій модифікації симптомів для безпечного продовження занять спортом і фізичними вправами та навантаження під час реабілітації вимагає критичного мислення з використанням не тільки доказової бази, але й багатфакторної природи занять спортом і лікування болю [6]. Враховуючи ризики, пов'язані з фармакологічним лікуванням болю, вартість пасивних модальностей, таких як біофізичні агенти (електрична стимуляція, фотобіомодуляція, ультразвук тощо), і показання з доказової бази в поєднанні з активною терапією, мануальна/масажна терапія може бути безпечною та ефективною як частина стратегії лікування для підтримки активності спортсменів / пацієнтів, що проходять реабілітацію [7].

Висновки. На теперішній час є великий запит у суспільстві щодо розробки та впровадженні сучасних підходів до масажної терапії. Такі виклики часу потребують формування та впровадження системного підходу до розвитку галузі фізичної терапії як інструмента ефективної реабілітації та відновлення людського ресурсу держави в сучасних умовах. З метою

стратегічного планування та ефективного імплементації європейських критеріїв / стандартів в українській професійно спрямований простір з метою розвитку галузі, доцільним може бути наступний алгоритм дій з метою перспективи подальших досліджень: створення науково-виробничого комплексу / координційного центру «Адаптивне управління та розвиток масажною терапією» з метою координації та управління реалізацією основних векторів впровадження.

Література / REFERENCES

1. Bialosky JE, Beneciuk JM, Bishop MD, Coronado RA, Penza CW, Simon CB, George SZ. Unraveling the Mechanisms of Manual Therapy: Modeling an Approach. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2018 Jan;48(1):8-18. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29034802>
2. Bialosky JE, Bishop MD, Penza CW. Placebo Mechanisms of Manual Therapy: A Sheep in Wolf's Clothing? *J Orthop Sports Phys Ther.* 2017 May;47(5):301-304. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28459190>
3. Bishop MD, Torres-Cueco R, Gay CW, Lluch-Girbés E, Beneciuk JM, Bialosky JE. What effect can manual therapy have on a patient's pain experience? *Pain Manag.* 2015;5(6):455-64. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26401979>
4. Boudier-Revéret M, Gilbert KK, Allégué DR, Moussadyk M, Brismée JM, Sizer PS Jr, Feipel V, Dugailly PM, Sobczak S. Effect of neurodynamic mobilization on fluid dispersion in median nerve at the level of the carpal tunnel: A cadaveric study. *Musculoskelet Sci Pract.* 2017 Oct;31:45-51. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28734168>
5. Bove GM, Harris MY, Zhao H, Barbe MF. Manual therapy as an effective treatment for fibrosis in a rat model of upper extremity overuse injury. *J Neurol Sci.* 2016 Feb 15;361:168-80. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26810536>
6. Chen L, Michalsen A. Management of chronic pain using complementary and integrative medicine. *BMJ.* 2017 Apr 24;357:j1284. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28438745>
7. Chimenti RL, Frey-Law LA, Sluka KA. A Mechanism-Based Approach to Physical Therapist Management of Pain. *Phys Ther.* 2018 May 1;98(5):302-314. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29669091/>

8. Clauw DJ. Diagnosing and treating chronic musculoskeletal pain based on the underlying mechanism(s). *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2015 Feb;29(1):6-19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26266995>
9. Courtney CA, Fernández-de-Las-Peñas C, Bond S. Mechanisms of chronic pain - key considerations for appropriate physical therapy management. *J Man Manip Ther*. 2017 Jul;25(3):118-127. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28694674>
10. Crane JD, Ogborn DI, Cupido C, Melov S, Hubbard A, Bourgeois JM, Tarnopolsky MA. Massage therapy attenuates inflammatory signaling after exercise-induced muscle damage. *Sci Transl Med*. 2012 Feb 1;4(119):119ra13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22301554>
11. Dunbar RI. The social role of touch in humans and primates: behavioural function and neurobiological mechanisms. *Neurosci Biobehav Rev*. 2010 Feb;34(2):260-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18662717>
12. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977 Apr 8;196(4286):129-36. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/847460>
13. Ellingsen DM, Leknes S, Løseth G, Wessberg J, Olausson H. The Neurobiology Shaping Affective Touch: Expectation, Motivation, and Meaning in the Multisensory Context. *Front Psychol*. 2016 Jan 6;6:1986. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26779092>
14. Gay CW, Robinson ME, George SZ, Perlstein WM, Bishop MD. Immediate changes after manual therapy in resting-state functional connectivity as measured by functional magnetic resonance imaging in participants with induced low back pain. *J Manipulative Physiol Ther*. 2014 Nov-Dec;37(9):614-27. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25284739>

Відомості про авторів

Внукова Наталія Володимирівна: доктор технічних наук, професор; Харківська державна академія фізичної культури, Україна.

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

ЛІКУВАЛЬНИЙ МАСАЖ ТА ЙОГО РІЗНОВИДИ, ЯК ОДИН ІЗ ЗАСОБІВ ВІДНОВЛЕННЯ ОФІСНИХ ПРАЦІВНИКІВ З ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Олексій Гончаров, Богдан Мерзлікін

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. У роботі представлені теоретичні дані застосування різних методик масажу при шийному остеохондрозі. Виявлено вплив, завдання і дію лікувального впливу різновидів масажу.

Ключові слова: офісні працівники, масаж, шийний остеохондроз.

Abstract. The paper presents theoretical data on the use of various massage techniques for cervical osteochondrosis. The influence, task and effect of the therapeutic effect of different types of massage have been revealed.

Key words: office workers, massage, cervical osteochondrosis.

Вступ. У зв'язку з підвищенням вимог до офісних працівників великих компаній, в останні роки увага дослідників спрямована на підвищення частоти захворюваності опорно-рухового апарату. Серед найбільш поширених захворювань у офісних працівників значне місце займає остеохондроз хребта. Початок розвитку остеохондрозу шийного відділу пов'язаний з розростанням кісткової тканини хребців. Такі зміни негативно впливають на розташовані поруч м'язи, нерви, зв'язки, оболонки спинного мозку, викликаючи больові симптоми. Під час остеохондрозу шиї разом з шийними хребцями, міжхребцевими дисками, корінцями, страждає хребетна артерія і судини, що відповідають за постачання головного мозку кров'ю.

Остеохондроз, як клінічна форма захворювання, частіше зустрічається у працівників, у яких шийний відділ хребта щодня піддається сильним навантаженням, що з роками призводять до дегенерації дисків та зниження їх еластичності. В результаті дегенеративно-дистрофічних порушень у людини розвивається шийний остеохондроз. Провокативними факторами до патології є: малорухливий спосіб життя, неправильна постава, порушений режим харчування та інші причини [3].

При розвитку остеохондрозу шийного відділу змінюється хімічний склад крові. Руйнування кісткової тканини виникає на тлі скупчення продуктів

метаболізму у крові. При активних фізичних навантаженнях і правильному харчуванні сіль з кровотоку всмоктується кістковою і м'язовою тканиною. Якщо людина веде малоактивний спосіб життя, не займається спортом, в організмі виникає застій, м'язи не потребують великої кількості трофічних речовин, кровотік сповільнюється, сіль, яка отримується з продуктів, затримується. При остеохондрозі аналіз крові покаже підвищену кількість солей в крові.

У розвитку остеохондрозу шийного відділу хребта виділяють дві стадії захворювання та три ступеня тяжкості патологічного процесу з відповідною клінічною картиною, призначення комплекс реабілітаційних впливів для даного контингенту хворих [1, 2].

Лікувальний масаж є ефективним засобом, як лікування, так і профілактики захворювань периферичної нервової системи, не в останню чергу і остеохондрозу хребта. Має покращуючу дію на функціональний стан нервової системи, підсилює координуючу і регулюючу функцію, стимулює процеси регенерації функції периферичних нервів. Масаж добре поєднується з фізичними вправами, мануальною, фізіо- та рефлексотерапією. Про ключову роль масажу та різних масажних прийомів на появу умовних рефлексів, на виникнення сегментарно-рефлекторних реакцій в організмі, поліпшення трофіки тканин, як тактильного подразника шкіри і шкірних рецепторів і т.д. вказують Єфіменко П.Б., Руденко Р.Є., Підкопай Д.О., та ін. [3, 4, 5].

Незважаючи на вагомий арсенал різних методик фізичної реабілітації, питання комплексного підходу з урахуванням патогенезу та стадії захворювання освітлений недостатньо. Необхідне подальше вивчення і розробка методик і методичних рекомендацій для корекції і профілактики патобіомеханічних порушень і закріплення оптимального рухового стереотипу при даній патології у працівників. Все вищевикладене свідчить про актуальність даної проблеми, яка створює необхідність розробки методики фізичної реабілітації із застосуванням масажу для лікування і профілактики цього захворювання.

Мета роботи: надати характеристику різновидам масажу для застосування при розробці програми фізичної реабілітації для офісних працівників з шийним остеохондрозом хребта.

Хід дослідження та обговорення результатів. Основним завданням лікувального масажу при остеохондрозі шийного відділу хребта є підвищення тонусу і еластичності м'язів шиї, плечового поясу, верхніх кінцівок; поліпшення їх скорочувальної функції, відновлення м'язової сили і працездатності (масаж викликає перерозподіл крові і лімфи в м'язах, що сприяє притоку поживних речовин і, кисню для активізації місцевого кровообігу і посилення відновних процесів); активізація рухливості суглобів верхніх кінцівок (під впливом масажу збільшується еластичність сухожильно-зв'язкового апарату) і поліпшення рухливості шийного відділу хребта за рахунок зниження гіпертонусу м'язів, які обумовлюють блокування шийного відділу хребта [5].

Під час проведення масажу слід звертати увагу на зміни стану шкіри і підшкірної сполучної тканини, фіксуючи зони поверхневої гіпералгезії і гіперестезії. Крім цього, важливо звертати увагу на наявність м'язового гіпертонусу і міогелози, так як тривале перенапруження паравертебральних м'язів веде до порушення кровообігу і є фактором виникнення дегенеративно-дистрофічних змін в самих м'язах.

Шийна область відрізняється поверхневим розташуванням великих кровоносних судин і великою кількістю лімфатичних судин, що супроводжують яремні вени та несуть лімфу в шийні та надключичні вузли. Масаж шиї посилює відтік венозної крові та лімфи з порожнини черепа та його покривів і тим самим благотворно впливає на гемодинаміку. Він проводиться в положенні сидячи або лежачи. Масажист при цьому розташовується ззаду або збоку від того, що масажується. Прийоми, що застосовуються: погладження, розтирання області соскоподібних відростків, кільцеве розтирання однією або двома руками. На грудино-ключично-соскоподібного м'яза проводять щипцеподібне погладження і розтирання в напрямку волокон м'яза від місця його прикріплення до соскоподібного відростка і до грудиноключичного суглоба. Прийом «щипці» виконують однією або двома руками. Застосовують також розтирання: колоподібне подушечками чотирьох пальців; колоподібне подушечками великих пальців; колоподібне фалангами зігнутих пальців. Закінчують масаж шиї погладженням.

При остеохондрозі хребта рекомендують послідовне використання ручного методу різних систем лікувального масажу:

- класичного - заснованого на принципі поступового проникнення в глибину масажованих тканин, із застосуванням масажних прийомів: погладжування, вижимання, розминання, розтирання і деяких допоміжних прийомів, що призводить до усунення гіпертонусу тканин, активізують крово- і лімфообіг, посилення трофіки тканин і поліпшенню репаративних процесів [1];

- сегментарно-рефлекторного - принцип якого полягає в тому, що спочатку масажують паравертебральні зони ураженого відділу хребта (застосовуючи різні прийоми локального розтирання, наносять механічні подразнення в зоні проекції виходу спинномозкових нервів з хребетного стовпа), а потім послідовно усувають рефлекторні зміни в стані шкіри, сполучних тканин, м'язів, окістя в рефлексогенних зонах поверхневих тканин тіла, які іннервуються попереково-крижовими спинномозковими сегментами. Завдяки подібній дії рефлекторно усувається гіпертонус тканин, больові відчуття, поліпшується трофіка тканин. Все це сприяє відновленню рухливості ураженого відділу хребта [3, 4];

- периостального - є складовою частиною сегментарно-рефлекторного масажу, в якому круговими, штриховими або свердлильними розтираннями здійснюється локальна дія безпосередньо на окістя, у випадках, коли виражені тільки периостальні рефлекторні зміни, що рефлекторно сприяє поліпшенню трофіки кісткової тканини і покращує стан відповідного відділу хребта [3, 4].

- сполучно-тканинного - також є різновидом сегментарно-рефлекторного масажу і передбачає застосування прямолінійних або штрихових розтирань подушечками пальців, в якому масажист, зрушуючи і розтягуючи шкіру в певних напрямках, здійснює усунення рефлекторних сполучнотканинних змін між шкірою і м'язами. Тим самим забезпечується функціональне поліпшення стану відповідного відділу хребта [3, 4];

- точкового (акупресура) - який полягає в тому, що застосовуючи гальмівний або збуджуючий методи точкового натискання на певні біологічно-активні точки, розташовані на тілі людини, викликають рефлекторну відповідь з боку уражених поверхневих і глибоких тканин у вигляді усунення м'язового гіпертонусу, больового відчуття, активізації лімфо- і кровотоку, поліпшення трофіки і тканинних процесів, відновлення рухомого попереково-крижового відділу хребта [3, 4]; лінійного - використовуються локальні прямолінійні або

штрихові розтирання строго по лініях (меридіанах) між корпоральними біологічно активними точками. Напрямок пересувань руки масажиста здійснюється з урахуванням стану меридіана, який проходить через уражену зону і може бути відцентровим або доцентрові. Ефективність лінійного масажу порівнюється до точкового [3, 4];

- Су-джок терапія - ґрунтується на рефлекторному зв'язку між усіма системами організму людини, включаючи внутрішні органи і опорно-руховий апарат з одного боку, і обмеженими зонами на кистях рук і стоп, з іншого боку. Дотримуючись певної системи, виявляють запалені зони пальцями, спеціальними масажерами або голками; стимулюють їх, що рефлекторно сприяє відновленню функції ураженого органу або відповідного відділу хребта, які рефлекторно пов'язані з масажованою зоною [3, 4].

У поліпшенні стану відповідного відділу хребта певний ефект має використання апаратних методів масажу:

- гідравлічного, що впливає на тіло людини однією або декількома струменями води. Цими струменями здійснюють механічне подразнення одного локального місця або певної зони на тілі людини прямолінійними, круговими або зигзагоподібні рухами. Такий масаж викликає розм'якшення м'язових ущільнень, усуває гіпертонус, сприяє поліпшенню трофіки тканин масажованої ділянки тіла і активізує тканинний обмін. Ефект масажу значною мірою залежить від температури води, тиску струменя, тривалості процедури [3, 4];

- вібраційного, який полягає в нанесенні на поверхню тіла людини механічних подразнень з певною частотою і амплітудою за допомогою спеціальних пристроїв-вібраторів. Це сприяє усуненню м'язового гіпертонусу, посилення припливу артеріальної крові до масажованої ділянки тіла, активізації трофіки і тканинних процесів [3, 4];

- вакуумно-статичного і кінетичного масажу, виконується за допомогою спеціальних приладів або медичних скляних і пластикових банок. Дія такого масажу ґрунтується на створенні горизонтально-вертикального перепаду тиску на поверхневі м'які тканини і здійсненні специфічного стимулювання проприо- і ангіорецептори. Це сприяє усуненню м'язового гіпертонусу, і появі шкірної і глибокої гіперемії, яка забезпечує поліпшення трофіки тканин і тканинних процесів [3, 4].

Висновки. При розробці програми фізичної реабілітації для офісних працівників з остеохондрозом шийного відділу хребта слід враховувати призначення масажу, завданнями якого є активізація процесів кровообігу, нормалізація рухливості ураженого хребетно-рухового сегменту.

У подальших дослідженнях з цієї проблеми передбачено вивчити вплив масажу на фізичний стан офісних працівників з остеохондрозом шийного відділу хребта у відновлювальний період.

Література

1. Вакуленко Л.О. Лікувальний масаж / Л.О. Вакуленко, Г.В. Прилуцька, Д.В. Вакуленко, П.П. Прилуцький. – Тернопіль: ТДМУ Укрмедкнига, 2006. – 468 с.

2. Гончаров О., Рубан Л., Фізична реабілітація борців - ветеранів спорту при остеохондрозі попереково-крижового відділу хребта. Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура. - 2017. - № 25-26. - С. 72-77.

3. Єфіменко П. Б. Техніка та методика класичного масажу: навчальний посібник для студентів ВЗО. - 2-е вид. перероб. й доп. / П.Б. Єфіменко. - Х.: ХНАДУ, 2013. - 296 с.

4. Каніщева О. П. Масаж та інші засоби відновлення працездатності організму студентів: навчальний посібник / Каніщева О.П. - Х.: ХНАДУ, 2014. - 124 с.

5. Мороз Л.А. Універсальна енциклопедія лікувального і оздоровчого масажу / Л.А. Мороз. – Донецьк: ТОВ ВКФ БФО, 2011. – 432 с.

6. Мухін В. М. Фізична реабілітація : [Підручник] / В. М. Мухін. - Київ : Олімпійська література, 2005. - 470 с.

7. Da Costa, R. C., De Decker, S., Lewis, M. J., Volk, H., & Canine Spinal Cord Injury Consortium (CANSORT-SCI) (2020). Diagnostic Imaging in Intervertebral Disc Disease. *Frontiers in veterinary science*, 7, 588338. <https://doi.org/10.3389/fvets.2020.588338>

8. Zhukov, K. V., Vetcher, A. A., Gasparuan, B. A., & Shishonin, A. Y. (2021). Alteration of Relative Rates of Biodegradation and Regeneration of Cervical Spine Cartilage through the Restoration of Arterial Blood Flow Access to Rhomboid Fossa: A Hypothesis. *Polymers*, 13(23), 4248.

<https://doi.org/10.3390/polym13234248>.

References.

1. Vakulenko L.O. Likuvalnyi masazh / L.O. Vakulenko, H.V. Prylutska, D.V. Vakulenko, P.P. Prylutskyi. – Ternopil: TDMU Ukrmedknyha, 2006. – 468 s.
2. Honcharov O., Ruban L., Fizychna reabilitatsiia bortsiv - veteraniv sportu pry osteokhondrozi poperekovo-kryzhovoho viddilu khrebt. Visnyk Prykarpatskoho universytetu. Serii: Fizychna kultura. - 2017. - № 25-26. - S. 72-77.
3. Iefimenko P. B. Tekhnika ta metodyka klasychnoho masazhu: navchalnyi posibnyk dlia studentiv VZO. - 2-e vyd. pererob. y dop. / P.B. Yefimenko. - X.: KhNADU, 2013. - 296 s.
4. Kanishcheva O. P. Masazh ta inshi zasoby vidnovlennia pratsezdatsnosti orhanizmu studentiv: navchalnyi posibnyk / Kanishcheva O.P. - X.: KhNADU, 2014. - 124 s.
5. Moroz L.A. Universalna entsyklopediia likuvalnoho i ozdorovchoho masazhu / L.A. Moroz. – Donetsk: TOV VKF BFO, 2011. – 432 s.
6. Mukhin V. M. Fizychna reabilitatsiia : [Pidruchnyk] / V. M. Mukhin. - Kyiv : Olimpiiska literatura, 2005. - 470 s.
7. Da Costa, R. C., De Decker, S., Lewis, M. J., Volk, H., & Canine Spinal Cord Injury Consortium (CANSORT-SCI) (2020). Diagnostic Imaging in Intervertebral Disc Disease. *Frontiers in veterinary science*, 7, 588338. <https://doi.org/10.3389/fvets.2020.588338>
8. Zhukov, K. V., Vetcher, A. A., Gasparuan, B. A., & Shishonin, A. Y. (2021). Alteration of Relative Rates of Biodegradation and Regeneration of Cervical Spine Cartilage through the Restoration of Arterial Blood Flow Access to Rhomboid Fossa: A Hypothesis. *Polymers*, 13(23), 4248. <https://doi.org/10.3390/polym13234248>.

Відомості про автора

Гончаров Олексій Генадійович: кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент кафедри фізкультурно-спортивної реабілітації, Харківської державної академії фізичної культури, Україна.

Мерзлікін Богдан Юрійович: магістр Харківська державна академія фізичної культури, Україна

ОСОБЛИВОСТІ АЛГОРИТМУ ДІЙ ПРИ МАСАЖІ ПАЦІЄНТІВ ЗІ ЗГЛАДЖУВАННЯМ ПРИРОДНИХ ВИГИНІВ ХРЕБТА ПІСЛЯ ТРИВАЛОГО НОСІННЯ ВАЖКОЇ ВІЙСЬКОВОЇ АМУНІЦІЇ

¹Павло Єфіменко П.Б., ¹Оксана Каніщева, ²Людмила Кліментьєва

¹Харківська державна академія фізичної культури, Україна

²Центр реабілітації хребта і суглобів «Refit» м. Харків, Україна

Анотація. Виявлено, що тривале носіння важкої військової амуніції призводить до стійкого гіпертонусу м'язів тулуба і згладжуванню природних вигинів хребетного стовпа. Визначено, що позитивний вплив масажу на стан м'язів тулуба сприяє відновленню форми цих вигинів. Запропоновано алгоритм дій при даній патології хребетного стовпа.

Ключові слова: військова амуніція, м'язовий гіпертонус, сплюснення хребта, масаж тулуба, відновлення вигинів хребта

Abstract. It was found that long-term carrying of heavy military ammunition leads to persistent hyper tonicity of the trunk muscles and smoothing of the natural curves of the vertebral column. It was determined that the positive effect of massage on the condition of the trunk muscles contributes to the restoration of the shape of these curves. An algorithm of actions for this pathology of the vertebral column is proposed.

Keywords: military ammunition, muscle hypertonicity, flattening of the spine, body massage, restoration of spinal curves

Вступ. У довоєнні часи, коли в Україні активно прогресували інформаційні технології, постійно з'являлася велика кількість нових гаджетів, що сприяло виникненню масової гіподинамії людей різного віку, особливо серед молоді, що супроводжувалось тривалому знаходженню тулуба у сутулому положенні. Це неминуче відбилося на стані хребетного стовпа і усього організму. [1]. До цього ж додалося значне зменшення рухової діяльності населення під час пандемії, коли в навчальних закладах заняття фізичною культурою було переведено у дистанційну форму, а також було обмежено, а то й зовсім припинено, можливість населення відвідувати фізкультурно-спортивні заклади, де різні верстви населення мали можливість

компенсувати нестачу своєї рухової активності [1].

Під час воєнних дій в нашій країні, ситуація з рухової діяльності людей набула іншого напрямку. Частина населення знаходячись в укриттях і бомбосховищах ще більше утратила якусь рухову активність, а інша частина опинившись на місцях воєнних дій у лавах захисників України, відповідно умов перебування на війні, вимушена постійно утримувати на собі військове спорядження у вигляді бронезилета, рюкзака, зброї різного призначення, боєкомплекту до нього та багато іншого.

Розподілення цієї ваги на передню та задню поверхні тулуба залежало вже від наповнення рюкзаку та кишень бронезилету. Але у будь якому разі воно надає значної компресії на між хребцеві проміжки. При цьому нерідко загальна вага усього може перевищувати 50 кілограмів протягом практично усього часу знаходження у зоні бойовий дій. Усе це істотно порушує природні вигини хребта та сприяє виникненню відчуття постійного дискомфорту і болів у певних відділах хребетного стовпа. Тому саме цей контингент осіб привернув нашу увагу, стосовно вивчення даної проблеми і пошуку засобів усунення патологічного стану хребта.

Метою дослідження було визначити і обґрунтувати алгоритм дій при масажній процедурі спрямованій на усунення згладжування вигинів хребта як наслідку тривалого носіння на собі важкого спорядження.

Для досягнення поставленої мети було сформульовано такі **завдання**:

1. Визначити наявність порушення у стані м'язових тканинах тулуба у осіб під впливом тривалого носіння на собі важкого спорядження.
2. Обґрунтувати послідовність дій при масажі пацієнтів зі сплюсненими вигинами хребетного стовпа.

Хід дослідження та обговорення результатів. У центрі реабілітації хребта і суглобів «Refit» міста Харкова було проведено обстеження воїнів захисників України, які під час ротації звернулись за консультацією та практичною допомогою. Всі скаржились на певні больові відчуття різної інтенсивності у паравертебральних зонах грудного та поперекового відділів хребта, але переважно це відзначалось у поперековому.

При первинному огляді візуально спостерігалось згладжування грудного кіфотичного та поперекового лордотичного вигинів. Це, в свою чергу, сприяло посиленню стискання міжхребцевих дисків в обох відділах хребта, що вже створювало передумови до виникнення в них протрузій і гриж [5, 8, 9]. Крім цього виявлялась деформація нижньої частини грудної клітини у вигляді її розширювання, що сприяло посиленню навантаження на міжреберні м'язи та внутрішні органи.

Пальпаторно визначався значний гіпертонус косих м'язів передньої поверхні грудної клітки, особливо великих і малих грудних та передніх зубчастих м'язів, а також зовнішніх косих м'язів живота. На задній поверхні найбільший гіпертонус виявляли у трапецієподібному та ромбоподібних м'язах, та довгих розгиначах спини.

До нас звернулись 11 пацієнтів, які були у відпустці, семеро з яких раніше вже проходили курс класичного масажу за загально-зміцнюючою методикою під час минулої ротації, але значного покращення свого стану вони не відмічали. Тому, ґрунтуючись на цьому, всі спостереження проводились поточним методом, тобто без контрольної групи.

Стосовно алгоритму масажних маніпуляцій при даному стані хребта, то при вивченні спеціальної літератури виявилось, що подібні розробки відсутні. Це можна пояснити тим, що до початку воєнних дій в Україні такої проблеми практично не існувало. Найчастіше зустрічались рекомендації до проведення масажу при сколіозах дітям до 16-17 років. Питання проведення масажу при змінах природних вигинів хребта у сагітальній площині були висвітлені лише при збільшених грудного кіфозу та поперекового лордозу [1, 4, 5]

Тому подібний стан цього питання спонукав нас на розробку цілеспрямованої диференційованої методики масажу, в якій враховувались виявлені особливості стану м'язів тулуба людей, придбаного під час їх знаходження певний термін в незвичних специфічних ситуаціях.

Перед проведенням курсу масажної процедури за пропонованою нами методикою та після його завершення усім пацієнтам було проведено такі вимірювання:

- міотонометрію тонусу спокою м'язів в зонах виявлення найбільшого м'язового гіпертонусу у положенні лежачи, які відзначали маркером. Ці вимірювання проводили механічним занурювальним міотонометром виготовленим на основі індикатора годинного типу ІЧ-1 (за аналогією міотонометра Sirmai) але вдосконаленого подвійною рухомою платформою, що дозволяло його використовувати у будь якому нахилі й притискати до тіла завжди з однаковим зусиллям. Щуп цього приладу, в залежності від щільності досліджуваних тканин, занурювався у м'які тканини на певну глибину. Діапазон його руху складав 10 мм, що приймалось за 100 %, або 1000 умовних одиниць. Глибина занурення в м'які тканини для зручності виявлялася процентах відносно до повного діапазону руху;

- вимірювання глибини лордотичного вигину попереку. Для цього обстежуваний ставав спиною до ростоміру, впритул до нього п'ятками, крижем, міжлопатковою зоною хребта і потилицею. Потім лінійкою заміряли відстань від стійки до остистого відростку L₃.

Інтенсивність показників больових відчуттів не враховувались. Приймались до уваги тільки відповіді на запитання: «Біль відчувається або ні?».

При виявленні алгоритму дій запропонованої нами методики масажу ми ґрунтувались на тому що короткі м'язи мають деяку перевагу перед довгими однаковими за товщиною [9]. А також те, що м'язи антагоністи, які мають загальну точку прикріплення, рефлексорно взаємодіють один на одного і усунення гіпертонусу м'язів передньої поверхні тулуба, сприятиме зменшенню напруги певних м'язів його задньої частини [5, 9].

Крім цього, згідно проведеного анамнезу було виявлено, що пацієнтам з подібною патологією хребта було не комфортно дихати, знаходячись певний час у вихідному положенні тіла лежачи на животі. До того ж вони мали постійне відчуття неможливості виконати повний вдих.

Керуючись вищесказаним, масаж починали з передньої поверхні грудної клітки у вихідному положенні лежачи на спині, під попереки підкладали плоский валик, товщиною 8-10 см. Першими опрацьовували зони великого грудного

м'яза. Від груднини в бік плечового суглоба проводили поперемінне погладжування, м'яке вижимання, поверхнєве (міофасціальне) розтирання і розминання великого грудного м'яза прийомами подвійне кільцеве, основою долоні. Потім розтирали його апоневрози і їх прикріплення до груднини. Далі подушечками пальців заглибившись через вже опрацьовані тканини, розминали малі грудні м'язи. Все це проводили з одного боку, потім з іншого.

Дали масажували нижню частину грудної клітки. Тут особливої уваги приділяли опрацьовуванню передніх зубчастих м'язів і міжреберних проміжків. Починали з поперемінного погладжування вдовж ребер від груднини в бік пахової западини. Далі подушечками пальців проводили міофасціальні розтирання вдовж волокнин передніх зубчастих м'язів, поступово переходили до їх розминань подушечками пальців. На завершення подушечками пальців прямолінійними та штриховими повільними рухами розтирали міжреберні проміжки, впливаючи таким чином на фасції поверхневих міжреберних м'язів. Теж саме повторювали з іншого боку. На завершення спіралеподібними рухами розтирали усю груднину.

Потім масажували передню стінку черевної порожнини. Спочатку погладжували, далі розтирали черевну фасцію і розминали прямий м'яз живота, та зовнішні косі м'язи прийомами подвійне кільцеве у сполученні з поперечним прийомами. На завершення, при можливості, проводили холістичний масаж усієї ділянки живота.

Після цього масажували задню поверхню тулуба. Спочатку опрацьовували спину від крижених і гребенів клубових кісток у напрямку плечових суглобів та комірцеві зону за методикою П. Єфіменка (2021) запропонованою для остеохондрозу грудного і поперекового відділів хребта [3]. Тут в основній частині масажу особливої уваги приділяли відновленню рухомості шкіри та усуненню гіпертонусу у м'язових тканинах: трапецієподібному, ромбоподібних та довгих розгиначів спини. У спеціальній частині круговими рухами глибоко розтирали у зонах проекції кожного хребцево-рухового сегменту і проводили міофасціальне розтирання міжреберних проміжків. І на закінчення проводили холістичний палсінг тулуба

у положення лежачи на спині.

Курс описаного масажу складав 10 процедур щодня. Після його завершення, було проведено повторні замірювання міотонометрії та лордотичного вигину поперекового відділу хребта.

При порівнянні отриманих даних було відмічено, що тонус спокою в усіх зонах вимірювання зменшився на 40% - 50% відносно початкових показників. Лордотичний вигін у поперековому відділі хребта, при рекомендованій нормі 5

5,5 см [7], при першому вимірюванні у середньому складав від 1 см до 1,5 см, а після проведеного курсу масажу, ці показники покращились у середньому до 3 см – 4 см. Крім цього спостерігалось відновлення відчуття повного вдиху. Стосовно больових відчуттів, то пацієнти, які пройшли повний курс масажу, їх практично не відмічали.

Висновки.

1. Проведені спостереження виявили, що постійне тривале носіння на тулубі важкого спорядження сприяє виникненню значного гіпертону м'язових тканин тулуба, особливо косих м'язів розташованих на передній і задній поверхнях тулуба. При їхній протидії як антагоністів, це сприяло згладжуванню природних вигинів хребта: грудного кіфозу і поперекового лордозу.

2. Релаксаційний масаж гіпертонічних м'язів тулуба вказує на те, що починати масажну процедуру слід з передньої поверхні тулуба, після цього опрацьовувати задню. Враховуючи анатомічні особливості масажованих ділянок тіла, при проведенні масажних маніпуляцій слід приділяти увагу таким прийомам, як міофасціальні розтирання і розминання.

3. Запропонований нами алгоритм дій сприяв зменшенню тонуспокою м'язів тулуба, і нормалізації природних вигинів хребта в грудному і поперековому відділах.

Перспектива подальших досліджень. Планується провести спостереження спрямовані на дію комплексного застосування релаксаційного масажу гіпертонічних м'язових тканин з постізометричною релаксацією.

Література

1. Єфіменко П.Б. Диференційований підхід до масажу хворих на остеохондроз попереково-крижового відділу хребта. Слобожанський науково-спортивний вісник. 2013. № 3. С.115-116.

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

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

6. Мухін В.М. Фізична реабілітація. Київ : Олімпійська література, 2009. 488 с.

7. Рубан Л.А. Діагностика та моніторинг стану здоров'я : [навчальний посібник]. Харків: ХДАІК, 2022. 127 с.

8. Art Riggs (2012). Deep Tissue Massage, Revised Edition, Publisher: North Atlantic Books. 254 pp. (in Eng.).

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

References

1. Iefimenko P.B. Dyferentsiiiovanyi pidkhid do masazhu khvorykh na osteokhondroz poperekovo-kryzhovoho viddilu khrebta. Slobozhanskyi naukovo-sportyvnyi visnyk. 2013. № 3. S.115-116.

2. Iefimenko P.B., Kanishcheva O.P. Stabilizatsiia zoru u osib zasobamy fizychnoi terapii, yaki tryvalyi chas pratsiuiut za kompiuterom. Fizychna reabilitatsiia ta rekreatsiino-ozdorovchi tekhnolohii. 2019. 3(1), S. 36-39.

http://journals.uran.ua/frir_journal.

3. Iefimenko P.B., Kanishcheva O.P., Beziazychna O.V. Masazh ditei ta doroslykh riznoho viku : navchalnyi posibnyk. Kharkiv: FOP Brovin O.V., 2021. 304 s.

4. Kanishcheva O.P. Masazh ta inshi zasoby vidnovlennia pratsezdatsnosti orhanizmu studenta. Kharkiv : KhNADU. 2014. 124 s.

5. Maiers Tomas, Dzheims Erlz. Fastsyalnyi relyz dlia strukturnoho balansu. Kyiv: Fors Ukraina, 2020.- 320 s.

6. Mukhin V.M. Fizychna reabilitatsiia. Kyiv : Olimpiiska literatura, 2009. 488 s.

7. Ruban L.A. Diahnostyka ta monitorynh stanu zdorovia : [navchalnyi posibnyk]. Kharkiv: KhDAIK, 2022. 127 s.

8. Art Riggs (2012). Deep Tissue Massage, Revised Edition, Publisher: North Atlantic Books. 254 pp. (in Eng.).

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

Відомості про авторів

Єфіменко Павло Богуславович: кандидат педагогічних наук, професор; Харківська державна академія фізичної культури, Україна.

Каніщева Оксана Павлівна: кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент; Харківська державна академія фізичної культури, Україна.

Кліментьєва Людмила Зосимівна: керівника центру реабілітації хребта і суглобів «Refit» м. Харків, Україна.

МЕТОДИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ОКРЕМИХ ФРАГМЕНТІВ КЛАСИЧНОГО МАСАЖУ, ВПЛИВ ЯКОГО СПРЯМОВАНО НА СТИМУЛЮВАННЯ ВЕНТИЛЯЦІЇ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Оксана Каніщева, Павло Єфіменко

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. Розглянуто певні причини виникнення гіподинамії, як одного з чинників, що негативно впливають на функціональний стан органів дихання та імунітет організму людини. Визначено мету дослідження - обґрунтування можливості проведення певних масажних дій спрямованих на усунення застійних явищ в органах дихання при тривалому знаходженні в обмеженому просторі. Перевірено, що запропонована послідовність масажних дій, сприяє покращенню вентиляції легень і бронхів.

Ключові слова: гіподинамія, вентиляція легень і бронхів, стимулювання діафрагми, перкусійний масаж.

Abstract. Certain causes of hypodynamia are considered, as one of the factors that negatively affect the functional state of the respiratory organs and immunity of the human body. The purpose of the study was determined - substantiation of the possibility of carrying out certain massage actions aimed at eliminating stagnant phenomena in the respiratory organs during prolonged stay in a limited space. It has been verified that the proposed sequence of massage actions contributes to the improvement of lung and bronchial ventilation.

Keywords: hypodynamia, ventilation of the lungs and bronchi, stimulation of the diaphragm, percussion massage.

Вступ. Важко недооцінити значення дихальної системи для нормального здоров'я людини. Будь які порушення в її стані відразу відбиваються спочатку на суб'єктивних відчуттях, наприклад, задишка при швидких рухах, ходінні в гору по сходинах, піднятті ваги, трудової діяльності, заняттях спортом. Поступово знижується імунітет організму, виникають простудні та алергічні захворювання [3, 7, 9]. І далі, неминуча негативна реакція з боку серцево-

судинної системи.

Однією з причин цього явища є гіподинамія, як наслідок тривалого використання різних гаджетів, сидіння за комп'ютером, постійне й регулярне пересування за кермом транспорту. Певного негативного впливу на стан дихальної системи надав примусовий карантин під час пандемії. Воєнні дії на території нашої країни, вимушене тривале перебування у бомбосховищах ще більш вплинуло на погіршення стану органів дихання.

Подальший розвиток даної ситуації залежить вже від імунітету людини, способу її життя, рухової активності, а також мікроклімату місця тривалого знаходження або мешкання. Наприклад, знаходячись у обмеженому просторі не розрахованому на велику кількість людей. Тут виникає погроза у вигляді недостатньої вентиляції помешкання, сирих стін з можливими грибковими ураженнями, наявності різкого специфічного запаху (на станціях метро або присутності людей з вогнищами інфекції в організмі). Усе це не виключає різних ускладнень з боку вентиляції бронхолегеневої системи і навіть виникнення бронхіальної астми, або негоспітальної пневмонії [8, 9]

Великого значення набуває можливість використання певних засобів профілактики застійних явищ в органах дихання людини та можливість їх застосування під час тривалого знаходження в місцях вимушеного обмеження рухової активності. Серед таких засобів певне місце займає масаж, який має широкий спектр дії на організм людини [2, 3, 5, 9].

Мета дослідження - обґрунтувати можливості проведення певних масажних дій, які спрямовано на усунення застійних явищ в органах дихання людини при тривалому знаходженні в обмеженому просторі.

Завдання:

1. Провести моніторинг літературних джерел з питань застосування масажу, як засобу профілактики застійних явищ в органах дихання.

2. Розробити і обґрунтувати рекомендації щодо можливості проведення найпростіших масажних маніпуляцій спрямованих на підтримку задовільного функціонального стану органів дихання людини в умовах перебування в

обмеженому просторі.

Хід дослідження і обговорення результатів. Моніторинг фахової літератури з масажу вказує на існування різних систем цієї складової комплексної реабілітації яка рекомендується як самостійна процедура, так і в комплексі з іншими засобами.

Серед ручних методів масажу окремо виділяється система класичного масажу, згідно якої при патології органів дихальної системи рекомендуються проводити масаж усієї грудної клітки попереду і позаду при цьому застосовують як основні, так і спеціальні масажні прийоми [10]. Додатково до масажу грудної клітки рекомендується масажувати ще й комірцеву зону, а також живіт та зону носо-губного трикутника [2, 3].

Фахівці з сегментарно-рефлекторного масажу пропонують починати масаж з механічного впливу за певною послідовністю на паравертебральні зони спинномозкових сегментів, що задіяні в іннервації органів дихання. Далі масажують зони відбиття больової чутливості (зони Геда), які мають рефлекторний зв'язок з легенями та бронхами розташовані на спині, комірцевій зоні і передній поверхні грудної клітки. Тут рекомендуються проводити звичайні прийоми класичного і спеціальні – сегментарно-рефлекторного масажів [4, 6].

Локальні рефлекторні системи масажу такі як Су-джок та плантарна, передбачають за певною технікою опрацювання локальних зон розташованих найчастіше на стопах і кистях. Стосовно акупресури, масажують певні біологічно активні точки локалізовані і на тулубі, і на кінцівках, які вибирають залежно від багатьох факторів [1, 2].

Однак, застосування перелічених систем масажу потребує наявність певної професійної підготовки або користування послугами фахівця з масажу. Тому при даній ситуації виникає необхідність проведення самомасажу. Але в цьому випадку опрацювання спини самому собі стає неможливим. Деякі фахівці пропонують масажувати спину масажером-доріжкою, а передню поверхню грудної клітки опрацювати своїми руками за класичною системою

[5]. Для цього теж необхідно мати час на опанування масажними прийомами і ще, потрібно визволити певні ділянки тулуба від одягу, що при даній ситуації не можливо.

Вивчаючи фахову літературу з масажу ми звернули увагу на фізіологічну дію масажу окремих ділянок тіла, які певною мірою можуть вирішити завдання підтримання або покращення вентиляції бронхів та легень. Це рефлекторне стимулювання діафрагми, шляхом розтирання її апоневрозу занурившись під підребер'я, та перкусійного масажу грудини та грудної клітки [3]. Усе це можна проводити як самомасаж не роздягаючись, а тільки розстебнувши верхній одяг. Вихідне положення може бути стоячи, сидячи або лежачи на спині.

Для перевірки впливу нашої пропозиції на організм людини нами застосовувались методи дослідження:

- опитування – з'ясовували наявність стабільного відчуття повного вдиху;
- пікфлоуметрія – вимірювали пікову швидкість видиху (ПШВ), тобто реакцію діафрагми на розтирання зони кріплення її апоневрозу.

Використовували пікфлоуметр фірми Rocketpeak.

Пікфлоуметр це прилад для оцінки дихання. З його допомогою людина може оцінити пікову швидкість видиху, що допомагає контролювати функціональний стан легень і бронхів. Показники пікфлоуметрії усереднено розділені на три рівні оцінки: до 300 – дуже низький показник; 300-400 – середній показник; вище 400 - нормальний показник. При низькому значенні, виникає ризик захворюваності або загострення при наявності хронічного захворювання і варто звернутися до лікаря [11].

Нами запропоновано наступний алгоритм самомасажу:

1. У вихідному положенні лежачи на спині, максимально зігнути ноги у колінних суглобах. Допускається також положення сидячи, опершись спиною на що небудь, або стоячи, трохи нахиливши тулуб уперед. Після цього дистальними фалангами 2-5 пальців обох рук, плавно заглибитись на максимальну глибину під нижні ребра з обох боків від мечоподібного відростка грудини, не допускаючи больових відчуттів. Далі виконати 5-6 штрихоподібних

рухів вдовж підребер'я. Потім переставити руки на 2-3 сантиметри в сторони, повторити теж саме. І так опрацювати, посуваючись на скільки можливо до хребта. Після відпочинку у декілька хвилин повторити знову.

2. Провести перкусійний масаж грудної клітки та грудини. Для цього зімкнути 2-5 пальці однієї руки і щільно притиснути долонною поверхнею до тіла, а кулаком іншої, наносити легкі удари по дистальних фалангах. Таки чином слід опрацювати нижню частину грудної клітки з обох боків, та грудину за всією довжиною.

Спостереження проводились за людьми, які під час обстрілів певний час перебували в різних бомбосховищах міста Харкова, частка з яких знаходилась у станціях метрополітену. Головним критерієм до участі у цьому заході були суб'єктивні відчуття дискомфорту при диханні: обмеження максимально можливої глибини вдиху; задишка при швидких рухах та підйомі сходами.

Усього було обстежено 12 респондентів різної статі, віком від 40 років протягом літніх місяців 2022 року. Їх було запрошено різними шляхами: через знайомих та з числа відвідувачів центру реабілітації хребта і суглобів «Рефіт». Всі обстежувані приймали участь у даному заході за власним бажанням і були зацікавлені в практичному оволодінні запропонованою методикою самомасажу.

Нас цікавила реакція бронхів та легень на одноразове проведення запропонованої методики масажу.

Спочатку обстежувані суб'єктивно оцінювали якість проведених 1 - 2 повних вдихів, де знак « + » означав наявність відчуття повного вдиху, « ± » - відчуття не стабільне, « - » відчуття відсутнє. Потім за допомогою пікфлоуметра вони вимірювали пікову швидкість видиху (ПШВ) у положенні стоячи, згідно інструкції використання даного прибору. Проводили дві спроби. До уваги приймався найкращий показник.

Респонденти приймали вихідне положення сидячи напроти інструктора, повторювали масажні рухи, 1,5-2 хвилини розтирали зону підреберних дуг і потім протягом однієї хвилини проводили перкусійний самомасаж грудної клітки і грудини. Після проведеної процедури повторно проводили суб'єктивне

оцінювання якості максимального вдиху і тричі вимірювали ПШВ. Перше вимірювання проводили відразу після самомасажу, друге - через 2 хвилини і третє через 10 хвилин. Ці дані відображені у таблиці 1.

Таблиця 1

Дані оцінювання якості вдиху та показників ПШВ до і після самомасажу

	До самомасажу		Відразу після самомасажу		Через 2 хвилини		Через 10 хвилин	
	Відчуття повного вдиху	ПШВ, мл/с	Відчуття повного вдиху	ПШВ, мл/с	Відчуття повного вдиху	ПШВ, мл/с	Відчуття повного вдиху	ПШВ, мл/с
1 респондент (Ч)	±	500	+	550	+	540	+	540
2 респондент (Ч)	+	480	+	520	+	520	+	520
3 респондент (Ч)	±	490	±	480	±	470	±	460
4 респондент (Ч)	±	510	+	550	+	540	+	540
5 респондент (Ч)	-	400	±	440	±	440	±	420
6 респондент (Ж)	±	390	+	450	+	440	+	430
7 респондент (Ж)	±	420	+	390	+	390	+	390
8 респондент (Ж)	-	290	±	300	-	300	-	290
9 респондент (Ж)	±	340	+	390	±	370	±	370
10 респондент (Ж)	±	480	+	510	+	510	+	500
11 респондент (Ж)	-	260	-	280	-	270	-	260

Спостереження за реакцією органів дихальної системи на одноразовий сеанс самомасажу у обстежуваних осіб виявили позитивну реакцію. Так, практично у всіх респондентів відзначалося підвищення показників пікфлоуметрії. З них у п'ятох осіб, які мали нормальні показники (вище 400, мл/с) протягом 10 хвилин показники зберігалися або мали не значний спад. Четверо респондентів з середніми показниками (300-400, мл/с), втратили до 50 % від підвищення, проте він не повертався до вихідного значення. Двоє респондентів із низькими стартовими показниками (до 300, мл/с) продемонстрували не значне підвищення, яке за 10 хвилин практично повернулося до вихідних даних. У той же час суб'єктивна оцінка повноти вдиху показувала пряму залежність від динаміки показників ПШВ. При цьому чим вище ПШВ тим стабільніше відчуття повного вдиху.

Висновки.

1. Моніторинг спеціальної літератури з масажу виявив, що він має практичне значення у реабілітації людей з відхиленнями від нормального стану органів дихання.

2. Одноразове проведення окремих фрагментів класичної системи масажу а саме: сполучення глибокого розтирання зони апоневрозу діафрагми і перкусійний масаж грудної клітки, демонструє позитивну реакцію з боку органів дихання і дає підставу вважати, що курс 10-20 таких процедур дозволить отримати стабільний позитивний результат.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з проведенням спостережень за процесом реабілітації осіб з порушенням функціонального стану органів дихання при застосуванні даної методики масажу або самомасажу у комплексі з іншими засобами фізичної терапії і фізкультурно-спортивної реабілітації.

Література

1. Брелюс Г.М. Основи Су-Джок терапії. Навч. посібник. Дніпро. 2013. 138 с
2. Вакуленко Д.В., Вакуленко Л.О. Кутакова О.В., Прилуцька Г.В. Лікувально-реабілітаційний масаж : навч. посіб. Київ: ВСВ «Медицина», 2020. 568 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. Ісаєв Ю.О. Сегментарно-рефлекторний і точковий масаж у клінічній практиці. Київ: Здоров'я, 1993. 320 с.
5. Каніщева О.П. Масаж та інші засоби відновлення працездатності організму студента. Харків : ХНАДУ. 2014. 124 с.
6. Куничев Л.А. Лечебный массаж. 4 изд. стер. Киев : Выща школа, 1990. 288 с.
7. Мухін В.М. Фізична реабілітація. Київ : Олімпійська література, 2009.

488 с.

8. Основи діагностики лікування та профілактики основних хвороб органів дихання: збірник тестових завдань для студентів 4 курсу медичних факультетів в галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальностей 222 «Медицина», 228 «Педіатрія» навчальна дисципліна «Внутрішня медицина» / С. М. Кисельов, Д.А. Лашкул, П.П. Бідзіля та інші. Запоріжжя. ЗДМУ, 2021. – 134 с.

9. Рубан Л.А., Петрухнов О.Д. Фізична терапія для студентів із хронічним бронхітом в період реконвалесценції. Методичні рекомендації. Харків : ФОП Панов А.М. 2019. 88 с.

10. Філак Я.Ф., Філак Ф.Г. масаж і нетрадиційний масаж: підручник. Ужгород: ФОП Сабов А.М. 2015. 336 с.

11. <https://www.umj.com.ua/article/157209/negospitalna-pnevmoniya-u-doroslih-osib-etiologya-patogenez-klasifikatsiya-diagnostika-antimikrobna-terapiya-ta-profilaktika-adaptovana-klinichna-nastanova-zasnovana-na-dokazah-namn-ukrayini-2019>

References.

1. Brelius H.M. Osnovy Su-Dzhok terapii. Navch. posibnyk. Dnipro. 2013. 138 s

2. Vakulenko D.V., Vakulenko L.O. Kutakova O.V., Prylutska H.V. Likuvalno-reabilitatsiinyi masazh : navch. posib. Kyiv: VSV «Medytsyna», 2020. 568 s.

3. Yefimenko P.B., Kanishcheva O.P., Beziazychna O.V. Masazh ditei ta doroslykh riznogo viku : navchalnyi posibnyk. Kharkiv: FOP Brovin O.V., 2021. 304 s.

4. Isaiev Yu.O. Sehmentarno-reflektonryi i tochkovyi masazh u klinichnii praktytsi. Kyiv: Zdorovia, 1993. 320 s.

5. Kanishcheva O.P. Masazh ta inshi zasoby vidnovlennia pratsezdatsnosti orhanizmu studenta. Kharkiv : KhNADU, 2014. 124 s.

6. Kunychev L.A. Lechebnyy massazh. 4 yzd. ster. Kyev : Vyshcha shkola.

1990. 288 s.

7. Mukhin V.M. Fizychna reabilitatsiia. Kyiv : Olimpiiska literatura, 2009. 488 s.

8. Osnovy diahnostryky likuvannia ta profilaktyky osnovnykh khvorob orhaniv dykhannia: zbirnyk testovykh zavdan dlia studentiv 4 kursu medychnykh fakultetiv v haluzi znan 22 «Okhorona zdorovia» spetsialnostei 222 «Medytsyna», 228 «Pediatriia» navchalna dystsyplina «Vnutrishnia medytsyna» / S. M. Kyselov, D.A. Lashkul, P.P. Bidzilia ta inshi Zaporizhzhia. ZDMU, 2021. – 134 s.

9. Ruban L.A., Petrukhnov O.D. Fizychna terapiia dlia studentiv iz khronichnym bronkhitom v period rekonvalesentsii. Methodychni rekomendatsii. Kharkiv : FOP Panov A.M. 2019. 88 s.

10. Filak Ya.F., Filak F.H. masazh i netradytsiinyi masazh: pidruchnyk. Uzhhorod: FOP Sabov A.M. 2015. 336 s.

11. <https://www.umj.com.ua/article/157209/negospitalna-pnevmoniya-u-doroslih-osib-etiologya-patogenez-klasifikatsiya-diaagnostika-antimikrobna-terapiya-ta-profilaktika-adaptovana-klinichna-nastanova-zasnovana-na-dokazah-namn-ukrayini-2019>.

Відомості про авторів

Каніщева Оксана Павлівна, кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент; Харківська державна академія фізичної культури, Україна.

Єфіменко Павло Богуславович, кандидат педагогічних наук, професор; Харківська державна академія фізичної культури, Україна.

ЛІМФОДРЕНАЖНИЙ МАСАЖ ОБЛИЧЧЯ ТА ЗОНИ ДЕКОЛЬТЕ

Єлизавета Коденко

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. Зазначено що останнім часом, більшість людей страждають на набряки обличчя та всього тіла. Такі питання, як: «Для чого виконувати лімфодренажний масаж обличчя та зони декольте? Які його переваги та протипоказання до використання?» набирають популярності. Рекомендовано, щоб розібратися з даним питанням, треба спочатку зрозуміти, що призводить до появи даних симптомів, як змінити свій спосіб життя, щоб прибрати або мінімізувати їх кількість.

Ключові слова: набряк, лімфа, лімфодренажний масаж, спосіб життя.

Abstract. Recently, most people suffer from swelling of the face and whole body. Such questions as: "Why perform a lymphatic drainage massage of the face and décolleté? What are its advantages and contraindications for use?" are gaining popularity. To deal with this issue, you must first understand what causes these symptoms to appear, how to change your lifestyle to remove or minimize their number.

Key words: swelling, lymph, lymphatic drainage massage, lifestyle.

Вступ. Сучасний світ, з кожним роком, все більше підлаштовує людей до свого темпу та ритму життя, що тягне за собою кардинальні негативні зміни людей не тільки внутрішньо, а й зовнішньо. Адже прискорений спосіб життя без можливості звернути увагу на сон, стресові ситуації, якість харчування, рухова активність це є основні фактори, що впливають на здоров'я людини. Всі системи організму людини тісно пов'язані між собою, якщо виходить із ладу одна складова, ланцюг руйнується. Щоб більше розуміти, як з'являються набряки, треба розібратися з кожною причиною окремо та зрозуміти їх взаємопов'язаність між собою.

На сьогодні у всьому світі проблема порушення сну характерна для 35 % дорослого населення, відповідно до Міжнародної класифікації розладів сну [2]. Нічний сон – це один з основних видів відпочинку. Під час сну відновлюються енергетичні запаси організму, виробляються біологічно активні речовини,

необхідні для регуляції обмінних процесів в молодому організмі, відновлюються функції внутрішніх органів [3]. Частіше за все, люди нехтують важливістю сну, що призводить до виникнення стресових ситуацій чи пошуку додаткової енергії, яку беруть із їжі.

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, порушенням сну, 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].

Незбалансоване харчування також дає великі збої у роботі гормонів, гальмується фізичний та психічний розвиток, знижується імунітет, розвивається цукровий діабет, серцево-судинні захворювання, ожиріння.

Малорухливий спосіб життя призводить до застою лімфи, адже лімфа транспортує рідину тільки тоді, коли людина знаходиться у русі [2].

Мета дослідження: аналіз та узагальнення даних про вплив лімфодренажного масажу зон обличчя та декольте на організм людини.

Хід дослідження та обговорення результатів. Лімфа (від лат. *lympha* - чиста вода, волога) - це прозора рідина, за структурою схожа на плазму крові, але у своєму складі не містить еритроцитів і тромбоцитів. Проте, насичена великою кількістю різних видів лімфоцитів (клітини імунної системи, які відповідають за набутий імунітет) та макрофагів (клітини, які здатні поглинати та перетравлювати чужорідні або шкідливі для організму частинки: бактерії, залишки зруйнованих клітин та інше). Завдяки їм лімфа допомагає видалити відходи й токсини з тканин організму. Лімфатична система, спираючись на рух гладких м'язів, транспортує рідини через лімфатичні судини. Рухається вона втричі повільніше, ніж кров. Неправильне харчування, стрес, малорухливий спосіб життя, негаразди зі здоров'ям призводять до збільшення обсягу лімфи, спричиняючи її накопичення в лімфатичній системі та лімфатичних вузлах.

Щоб позбутися даного набряку, використовують лімфодренажний масаж,

який змушує лімфу текти активніше [4].

Лімфодренажний масаж - це активація відтоку лімфи, який контролює артеріальну і венозну системи, забезпечуючи необхідний розподіл рідини, і покращує транспортну функцію цих систем [5]. Рухи виконуються уздовж лімфатичних судин, щоб посилити рух лімфи.

Лімфодренажний масаж обличчя - це комплекс масажних процедур, що направлені на підвищення тону м'язів обличчя, шиї і області декольте, стимуляції метаболізму та оновленні клітин шкіри [5].

Переваги та ефекти масажу обличчя за зони декольте:

- поліпшення мікроциркуляції крові;
- позбавлення від набряків;
- нормалізація роботи сальних і потових залоз;
- підвищення пружності та еластичності;
- профілактика передчасного старіння шкіри;
- позбавлення від хронічної втоми і головного болю.

Масаж обличчя, шиї і декольте, називають пасивною гімнастикою, адже за допомогою масажу можна розслабити напружені, та привести в тонус ослаблені м'язи обличчя, котрі не задіюються упродовж усього життя. Даний масаж позитивно впливає на нервову систему людини, легко знімає втому, поліпшує психоемоційний стан, підвищує настрій, нормалізує сон та загальний стан здоров'я.

Загальними протипоказаннями до виконання масажу обличчя та зони декольте:

- підвищена температура тіла;
- гострі запалювальні процеси в організмі;
- шкіряні захворювання інфекційного, грибкового або нез'ясованого походження;
- наявність чиряків та фурункульозу;
- механічні пошкодження шкіри та схильність до її подразнення;
- запалення лімфатичних судин та вузлів на шиї;
- наявність тромбів у судинах;
- туберкульоз у відкритій формі [1].

Методи лімфодренажного масажу обличчя та зони декольте:

- ручний - дозований механічний вплив на тіло послідовними спеціальними прийомами [5].

- апаратний - виконується за допомогою необхідного апарату, існує мікрострумова терапія. Низькочастотні імпульси активують регенерацію тканин, сприяють виведенню токсинів, поліпшенню циркуляції крові та відтоку лімфи. Мікроструми впливають не тільки на епідерміс, але й на дерму, судини, а також м'язи, покращують метаболізм, збільшують активність калійзалежних ферментів, синтез АТФ, білків, ліпідів, інших життєнеобхідних речовин [5]. Мікрострумова терапія протипоказана при наявності кардіостимулятора, а також людям, які страждають від гіпертонії.

Дискусія / Висновки. Лімфодренажний масаж обличчя та зони декольте має позитивний вплив на здоров'я та самопочуття людини, адже він направлений на нормалізацію відтоку лімфи і злагожену її циркуляцію в тканинах шкіри, усуненню її застоїв, зменшенню мімічних зморшок. Виконувати можна як щодня, та і декілька разів на тиждень. Сфера косметології завжди розвивається, знаходяться нові прийоми масажу чи апарати для різних призначень, що дає людям можливість завжди підтримувати себе на необхідному рівні, але варто розуміти, що спосіб життя грає найважливішу роль у житті людини, а масаж це додаткова складова.

Перспективи подальших досліджень. Аналіз і апробація існуючих методик лімфодренажного масажу.

Література

1. Єфіменко П.Б. Техніка та методика класичного масажу: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. - 2-е вид., переробив й доп. ХНАДУ. 2013. 296 с.

2. Рингач Н. О. Громадське здоров'я в Україні як чинник національної безпеки : монографія. К. : Вид-во НАДУ, 2009. 296 с.

3. Ващук М. А., Сомкіна Є. А., Чеснакова Д. Д. Сон і його вплив на формування громадського здоров'я. Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення: матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю (до 95-річного ювілею з дня заснування кафедри

громадського здоров'я та управління охороною здоров'я ХНМУ). Харків, 24 жовтня 2018 р. С. 68–69.

4. Сивенко О. Л., Манучарян С. В., Калюжка А. А., Ахмед Юссеф. Менеджмент стресу: застосування поєданого впливу самомасажу, дихальних вправ для саморегуляції стресових проявів. Актуальні питання сучасного масажу. Матеріали XIII міжнародної науково-практичної інтернет-конференції. Харків. 29–30 квітня 2022 р. С. 84–90.

5. Біловол А. М., Ткаченко С. Г., Татузян Є. Г. Фізіотерапія в косметології : навч. посібник. Харків. ХНМУ. 2017. 116 с.

References.

1. Yefimenko P.V. Techniques and methods of classical massage: a study guide for students of higher educational institutions. 2nd ed., revised and supplemented. Khnadu. 2013. 296 p.

2. Ryngach N. O. Public health in Ukraine as a factor of national security: monograph. K.: Publishing House of NADU. 2009. 296 p.

3. Vashchuk M.A., Somkina A., Chesnakova D.D. Sleep and its influence on the formation of public health. Public health in Ukraine: problems and ways to solve them: scientific materials - of a practical conference with international participation (to the 95th anniversary of the founding of the Department of Public Health and Health Care Management of KhNMU). Kharkiv, October 24, 2018. pp. 68–69.

4. O. L. Syvenko, S. V. Manucharyan, A. A. Kalyuzhka, Ahmed Yussef. Stress management: the use of the combined effect of self-massage and breathing exercises for self-regulation of stress manifestations. Current issues of modern massage: materials of the 13th international scientific and practical online conference. Kharkiv. Kharkiv State Academy of Physical Culture. April 29–30. 2022. P. 84–90.

5. Bilovol A. M., Tkachenko S. G., Tatuzyan E. G. Physiotherapy in cosmetology: teaching. manual. Kharkiv: KhNMU. 2017. 116 p

Відомості про автора

Коденко Єлизавета Сергіївна: магістрантка; Харківська державна академія фізичної культури.

КОМПЛЕКСНА МЕТОДИКА МАСАЖУ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ФУНКЦІЙ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Юрій Корж, Зоя Корж

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

Анотація. У статті розглядається комплексна методика масажу для покращення функцій шлунково-кишкового тракту з використанням прийомів класичного лікувального, сегментарно-рефлекторного та точкового масажів.

Ключові слова: лікувальний, сегментарно-рефлекторний масаж, шлунково-кишковий тракт.

Abstract. The article considers a complex massage technique for improving the functions of the gastrointestinal tract using the techniques of classical therapeutic, segmental-reflex and point massages.

Key words: therapeutic, segmental-reflex massage, gastrointestinal tract.

Вступ. Медико-соціальна значимість хвороб органів травлення визначається їх високою поширеністю, а також щорічним зростанням захворюваності і смертності. В даний час вони займають 4-е місце в структурі загальної захворюваності (7,7%) і смертності (5,2%). За прогнозами експертів ВООЗ, в середині XXI століття хвороби органів травлення будуть займати одне з провідних місць. Це обумовлено способом життя сучасної людини (стреси, нераціональне харчування, гіподинамія, шкідливі звички), забрудненням навколишнього середовища, збільшенням в раціоні харчування частки неякісних продуктів тощо [5].

В наслідок визначених причин з'являються захворювання органів шлунково-кишкового тракту: гастрит, коліт, гепатит, панкреатит, дискінезія кишечника та жовчовивідних шляхів, виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки тощо.

Клінічними проявами захворювань ШКТ є: наявність болю в надчеревній ділянці та проекції ураженого органу, відсутність апетиту, метеоризм, нудота, закріпи або проноси тощо.

Фізична реабілітація пацієнтів з захворюванням органів шлунково-кишкового тракту включає низку методів: класичний, сегментарно-

рефлекторний та точковий масажі, дієтотерапію, фізіотерапію тощо [1, 2, 3, 4, 5].

Захворювання травної системи можуть виявлятися в підвищенні або зниженні секреторної та моторної функції шлунку та кишковика.

При підвищеній секреторній функції та гіпертонусі гладких м'язів внутрішніх органів, масаж необхідно проводити за щадною методикою, коли масажні прийоми виконують в повільному темпі, неглибоко, безперервно і більш тривало. До цієї методики входить масаж черевної стінки та внутрішніх органів.

При зниженні секреторної функції та гіпотонусі гладких м'язів внутрішніх органів, масажні прийоми виконують більш інтенсивно, глибоко, в швидкому темпі доповнюючи їх прийомами переривчастою вібрацією [1, 2, 5].

Спеціалісти з масажу визначили загальну методику при захворюваннях органів травної системи куди входить виконання прийомів на: паравертебральних ділянках хребетного стовпа, які є місцями сегментарної іннервації цих органів; м'язах спини і грудної клітки, які є рефлекторними ділянками органів травної системи; м'язах живота та проєкції органів травлення. Враховуючи те, що захворювання окремих органів нерідко супроводжується ураженням всієї травної системи, масаж повинен бути спрямований на весь травний тракт [1, 2, 4, 5].

Вакулєнко Л.О. та Прилуцька Г.В. вказують, що інтенсивність різних масажних прийомів підбирають не тільки з урахуванням клінічних проявів захворювання, але і з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта [1].

Михайловська Н.С. та Лісова О.О. пропонують під час лікувального масажу виконувати прийоми розтирання і розминання на ділянці III-VI ребер зліва та над- і підключичних ділянках на цій стороні [5].

Лисенюк В. П. наголошує, що при захворюваннях травної системи рекомендують використовувати біологічно активні точки меридіанів шлунку, переднього серединного, підшлункової залози і селезінки, перикарду [3].

На наше переконання реабілітація хворих з захворюваннями органів ШКТ повинна включати комплексну програму з використанням різних видів масажу, спеціальних дихальних вправ та дієтотерапії.

Мета дослідження - розробити комплексу методіку масажу для покращення функції органів шлунково-кишкового тракту.

Хід дослідження та обговорення результатів. Дослідження проводилося на базі навчально-оздоровчого центру «Гармонія» і тривало чотири тижня. В ньому приймало участь 12 пацієнтів віком 42-60 років с діагнозами: хронічний гастрит – 7 пацієнтів (4 – гіперацидний, 3 – гіпоацидний), хронічний коліт та дискінезія кишкового по гіпотонічному типу – 5 пацієнтів.

На початку і в кінці дослідження було проведено діагностику функціонального стану грудо-черевної діафрагми, мануальне м'язове тестування (ММТ) м'язів черевного пресу та визначення рівня тривожності за допомогою опитувальника ГТР-7 [2; 5; 6]. Також досліджували динаміку змін клінічних проявів захворювання.

Розроблена комплексна методика масажу включала: методіку лікувального класичного, сегментарно-рефлекторного і точкового масажів та виконання в домашніх умовах комплексу вправ в якій входили статичні, динамічні дихальні вправи та статичні і динамічні вправи для черевного пресу.

Завдання масажу: нормалізація стану ЦНС та посилення її регуляторних впливів на вегетативні центри, відновлення тону м'язової мускулатури внутрішніх органів і черевного пресу, стимуляція кровообігу, трофіки, моторної та секреторної функції органів травної системи.

План масажу. У вихідному положенні (в. п.) – лежачи на животі виконували прийоми класичного лікувального масажу на волосистій ділянці голови, шиї та спини і прийоми сегментарно-рефлекторного масажу на паравертебральних ділянках, які відповідають за функцію органів ШКТ (С₃-С₄, D₅-L₁).

У вихідному положенні пацієнта (в. п. п.) – лежачи на лівому (правому) боці проводили масаж м'язів бокової поверхні шиї, на ділянці сегментів С₃-С₄.

У в. п. п. – лежачи на спині виконували масаж м'язів грудної клітки та живота. В кінці сеансу проводили точковий масаж враховуючи клінічні прояви захворювання.

Методика масажу. Для оптимальної релаксації м'язової і нервової систем

масаж виконували під музичний супровід, з використанням ароматерапії (ефірне масло лаванди, лимону).

На початку сеансу виконували прийоми погладжування на м'язах спини і шиї в напрямку до підпахових лімфатичних вузлів (плоскісне, охоплююче, гладіння, граблеподібне). У подальшому переходили до масажу шийного відділу хребта, на якому проводили прийоми розтирання (пиляння, пересікання, спіралеподібне пучками 4 пальців, ялинкою великими пальцями), розминання (ординарне, спіралеподібне великими пальцями, подвійне кільцеве, розтягування, надавлювання, вижимання). Особливу увагу приділяли масажу бокової поверхні шиї на ділянці сегментів С₃-С₄. Закінчували масаж цієї ділянки прийомами безперервної вібрації (потряхування, вібраційне погладжування).

Для релаксуючого впливу на м'язову і ЦНС переходили до масажу волосистої поверхні голови, де проводили прийоми погладжування (охоплююче, граблеподібне, спіралеподібне тощо), розтирання (штрихове, охоплююче, спіралеподібне, зигзагоподібне, комбіноване), розминання (циркулярне, зустрічне-поперечне, здвигання, надавлювання тощо). Закінчували масаж цієї ділянки прийомами ніжної переривчастої вібрації (пунктування та покалачування).

Пацієнта переводили у в. п. лежачи на правому (лівому) боці, для більш якісного масажу сегментів С₃-С₄. Впливали на ділянки проєкції верхнього шийного симпатичного вузла, який знаходиться на боковій поверхні шиї по переду поперечних відростків хребців С₁-С₃. Поступово збільшуючи силу тиску занурювалися в м'язи бокової поверхні шиї виконуючи циркулярне розминання та надавлювання пучками 4 пальців.

Переходили до масажу м'язів спини на рівні сегментів (D₅-D₁₂). На широких м'язах спини і трапецієвидних м'язах проводили прийоми охоплюючого, граблеподібного та плоскісного погладжування, прийоми розтирання (штрихування, стругання, пиляння, пересікання), розминання (ординарне, подвійне кільцеве, основою долоні з перекатом, накатування, здвигання, розтягування, вижимання), вібрацію (переривчасту і безперервну).

Під час масажу цієї ділянки приділяли особливу увагу масажу нижніх

кутів лопаток, які є рефлекторними ділянками шлунку і підшлункової залози (нижній кут лівої лопатки) і печінки та жовчного міхура (нижній кут правої лопатки).

Переходили до виконання прийомів сегментарно-рефлекторного масажу, які виконували вздовж хребта, знизу вгору: свердління, штрих-свердління, пили, переміщення. У подальшому проводили масаж ділянок між остистими відростками, чергуючи їх з поясным прогладжуванням. В кінці виконували прийоми безперервної (потряхування, стабільної та лабільної) або переривчастої (покалачування, плескання, рубання, стьобання) вібрації в залежності від діагнозу. Кожен прийом виконували по 3-4 рази на паравертебральних ділянках.

Пацієнта перевертали у в. п. – лежачи на спині і проводили масаж передньої поверхні грудної клітки: великого та малого грудних м'язів (плоскісне, охоплююче, прямолінійне та циркулярне). Також погладжували і розтирали над- і підключичні ділянки від грудини до хребетного стовпа і міжреберні проміжки III-VI ребер зліва (пиляння, пересікання, стругання). Виконували прийоми розминання (ординарне, 2-е кільцеве, надавлювання, накатування, здвигання, розтягування) і вібрації (потряхування, лабільну та стабільну).

Масували ділянки черевного сплетіння, тонкого та товстого кишковика та м'язів черевного преса: погладжування (плоскісне, охоплююче, циркулярне основою долоні, П-подібне по ходу годинникової стрілки). Разом з прийомами циркулярного погладжування виконували розтирання (спіралеподібне пучками 4 пальців, гребне- та граблеподібне) і розминання (щипцеподібне, 2-е кільцеве, ординарне, надавлювання, накатування) по ходу ободочної кишки. Закінчували прийомами вібрації (вібраційне погладжування, потряхування, поплескування, струс живота).

Одним з основних етапів процедури був масаж шлунку. Починали з колових прогладжувань справа наліво, потім розтирали цю ділянку спіралеподібно або циркулярно. Виконували прийом підштовхування шлунку та м'яко, з поступовим збільшенням тиску надавлювали подушечками пальців на шлунок. В кінці використовували безперервну вібрацію шлунку. Також

прийомами вісцерального масажу продавлювали проекцію органів черевної порожнини.

Тривалість процедури 25-30 хв. Курс лікування 12-15 процедур, через день.

Розроблена методика також включала точковий масаж, рецепт якого підбирався в залежності від клінічного стану та індивідуальних особливостей пацієнта.

Рецепт точкового масажу при метеоризмі: 21 (Вей-шу), V25 (Да-чан-шу), E36 (Дзу-сан-ли), E42 (Чун-ян), RP4 (Гун-сунь), MC6 (Ней-гуань). Седативна методика.

Рецепт точкового масажу при закріпах: V25 (Да-чан-шу), V27 (Сяо-чан-шу), R15 (Чжун-чжу), R16 (Хуан-шу), E36 (Дзу-сан-ли). Тонізуюча методика.

Рецепт точкового масажу при хронічному гіперацидному гастриті: MC 6 (Ней -гуань), E 36 (Цзу-сань-ли), VB 20 (фен-чи), TR 5 (Цзи-чжун). Седативна методика.

Рецепт точкового масажу при хронічному гіпоацидному гастриті: J 10 (Ся-вань), J 13 (Шан-вань), E 19 (Бу-жун), T 21 (Лян мень). Тонізуюча методика.

Аналіз показників функціонального стану грудо-брюшної діафрагми на початку і в кінці дослідження показав, що тонус та екскурсія діафрагми покращилася у 44% пацієнтів.

ММТ м'язів черевного пресу на початку дослідження показало, що прямі м'язи живота знаходилися в гіпотонусі у 73% пацієнтів, а косі м'язи – у 77% пацієнтів. В кінці дослідження тонус прямих м'язів живота покращився у 40% пацієнтів, а косих м'язів у 41% пацієнтів.

Аналіз динаміки показників рівня тривожності виявив, що у 50,1% пацієнтів рівень тривожності змінився з помірного і сильного до мінімального і слабкого. Аналіз показників динаміки зміни клінічних проявів також покращився: диспепсичні прояви зменшилися у 61% пацієнтів, метеоризму – у 41% пацієнтів, закріпів – у 51% пацієнтів. Позитивна динаміка всіх клінічних показників відбулася завдяки кумулятивному впливу методики масажу яку проводили під музичний супровід з ароматерапією, виконанням комплексу

статичних і динамічних дихальних вправ та вправ для покращення тонуусу і сили м'язів черевного пресу.

Висновки. Аналіз показників дослідження виявив позитивну динаміку: функціонального стану грудно-брюшної діафрагми – у 44% пацієнтів; сили прямих м'язів живота – у 40%, косих м'язів живота – у 41% пацієнтів; зменшення рівня тривожності – у 51% пацієнтів; диспепсичних явищ – у 61% пацієнтів, метеоризму – у 41% пацієнтів, закрєпів у 51% пацієнтів.

Перспектива подальших досліджень. На нашу думку перспектива реабілітації пацієнтів з захворюваннями органів ШКТ полягає у комплексному підході з включенням засобів різних масажних технологій, мануальної та Су Джок терапії, дієтотерапії, аутогенного тренування тощо.

Література

1. Вакуленко Л.О., Прилуцька Г.В. Лікувальний масаж. Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. – 448 с.
2. Калмиков С.А. Фізична реабілітація при захворюваннях органів травлення: Харків: ФОП Панов А.М., 2016. – 222 с.
3. Лисенюк В.П. Основи рефлексотерапії, фітотерапії та гомеопатії : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закладів IV рівнів акредитації / В. П. Лисенюк. – Київ : Медицина, 2010. – 422 с.
4. Марченко О.К. Основи фізичної реабілітації. – К.: Олімп. літ., 2012. – 511 с.
5. Основні принципи діагностики та лікування найбільш поширених захворювань шлунково-кишкового тракту в клініці внутрішніх хвороб: навч. посіб. для здобувачів ступеня доктора філософії за третім освітньо-науковим рівнем за програмою навчальної дисципліни «Сучасні аспекти вивчення внутрішніх хвороб» / Н. С. Михайловська, О.О. Лісова, О.О. Антипенко. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2020. – 163 с.
6. Хвисяк О.М., Марченко та ін. Керівництво з немедикаментозних методів відновлювальної медицини. – Харків, Вид-во «Ярославна» м. Суми, 2016. – 524 с.

References

1. Vakulenko L.O., Pryluts'ka H.V. (2005). Likuval'nyy masazh. Ternopil':

Ukrmedknyha, 2005: 448 s. [in Ukrainian].

2. Kalmykov S.A. (2016). Fizychna rehabilitatsiya pry zakhvoryuvannyakh orhaniv travlennya. Kharkiv: FOP Panov A.M., 2016: 222 s. [in Ukrainian].

3. Lysenyuk V.P. (2010). Osnovy refleksoterapiyi, fitoterapiyi ta homeopatiyi : pidruch. dlya stud. vyshch. med. navch. zakladiv IV rivniv akredytatsiyi. Kyiv : Medytsyna, 2010. 422 s. [in Ukrainian].

4. Marchenko O.K. (2012). Osnovy fizychnoyi rehabilitatsiyi. K.: Olimp. lit., 2012. 511 s. [in Ukrainian].

5. Mykhaylovs'ka N. S., Lisova O.O., Antypnenko O.O. (2020). Osnovni pryntsyepy diahnozyky ta likuvannya naybil'sh poshyrenykh zakhvoryuvan' shlunkovo-kyshkovoho traktu v klinitsi vnutrishnikh khvorob: navch. posib. dlya zdobuvachiv stupenya doktora filosofiyi za tretim osvitr'o-naukovym rivnem za prohramoyu navchal'noyi dystsypliny «Suchasni aspekty vyvchennya vnutrishnikh khvorob»: Zaporizhzhya: ZDMU, 2020. 163 s. [in Ukrainian].

6. Khvysyuk O.M., Marchenko O.K. ta in. (2016). Kerivnytstvo z nemedykamentoznykh metodiv vidnovlyuval'noyi medytsyny: Kharkiv, Vyd-vo «Yaroslavna»: 2016. 524 s. [in Ukrainian].

Відомості про авторів

Корж Юрій Миколайович: кандидат педагогічних наук, доцент; Сумський державний педагогічний університет імені А.С.Макаренка, ННІФК, м. Суми, Україна.

Корж Зоя Олександрівна: лікар; 4 міська клінічна лікарня, м. Суми, Україна.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАЛЬНОГО МАСАЖУ ПРИ ПЛЕЧЕ-ЛОПАТОКОВОМУ ПЕРІАРТРИТІ

Сергій Латогуз

Харківський національний медичний університет, Україна

Анотація. У роботі представлені особливості застосування лікувального масажу при плече-лопатковому періартриті. Результати дослідження показали ефективність комплексного лікування при впливі на уражену кінцівку до і після курсу лікувального масажу.

Ключові слова: лікувальний масаж, лікувальна фізкультура, мануальна терапія, плече-лопатковий періартрит.

Abstract. The work presents the features of therapeutic massage for shoulder-scapular peri-arthritis. The results of the study showed the effectiveness of complex treatment when affecting the affected limb before and after a course of therapeutic massage.

Key words: therapeutic massage, physical therapy, manual therapy, shoulder-scapular periarthritis.

Вступ. Плечолопатковий періартрит – клінічний синдром, що виникає з різних етіологічних причин, який характеризується болями та скутістю у плечовому суглобі. Частота виникнення - 80% всіх випадків захворювань плечового суглоба. Переважаючий вік – старше 40 років. Переважна стать - чоловіча. Найбільш поширеними методами лікування плечолопаткового періартриту вважаються медикаментозний та фізіотерапевтичний, а масаж зазвичай встає на другорядний план. Однак масаж при даній патології за наявності показань є дуже ефективним методом відновного лікування. Дозволяє усунути больовий синдром, усунути порушення функції в суглобі. І це визначило актуальність нашого дослідження [1].

Масаж починають проводити під час стихання яскраво вираженої симптоматики. При плечолопатковому періартриті відзначається одностороннє ураження суглоба, однак зустрічається і двостороннє. В даному випадку, якщо захворювання набуває хронічного характеру, ці прояви зустрічаються під час рецидивів у холодний період року. Масаж починається в такий період, коли

добігає кінця термін знерухомлення суглоба. При даному захворюванні масаж проводять на комірцевій ділянці, плечолопатковому суглобі і плечі, а також торкається дельтоподібний і великий грудний м'яз. При плечелопаточному періартриті робиться масаж комірцевої зони [8].

Під час проведення розтирання та розминання основним об'єктом уваги стає найширший м'яз спини, нижня та середня частина трапецієподібного м'яза та підостні м'язи в осередку локалізації болю. Після цього масаж виконується на шиї та передпліччі, при цьому масажист розташовується позаду хворого.

При масажі руки спочатку проводять вправи для розминання дельтоподібної області, далі для плечового суглоба та області плеча. Для цього застосовується така сама методика погладжування, розтирання, поплескування та пиляння. Механічна вібрація воронкоподібного гумового вібратора є ефективним засобом для зниження та позбавлення від больових відчуттів з перших днів розвитку захворювання. Після зниження або повного зникнення болю приступають до позбавлення атрофії м'язів, а після проводять масаж плечового суглоба. При цьому з кожним новим сеансом відбувається збільшення силового навантаження під час масажних прийомів. Уся тривалість масажу становить 15-20 хвилин, і проводиться він має щодня. Для досягнення яскраво вираженого позитивного результату рекомендується провести близько трьох курсів масажу, перерви між яким мають становити близько двох-трьох тижнів [2, 5, 9].

Для отримання позитивного ефекту від проведеного лікування необхідно поєднувати проходження масажу з ЛФК. Методи мануальної терапії в комплексному лікуванні хвороб опорно-рухового апарату в геріатричному стаціонарі є високо затребуваними та належать до нелікарських методів лікування. У геріатричну практику впроваджуються щадні методи масажу та мануальної терапії у комплексному лікуванні пацієнтів із патологією опорно-рухового апарату. Найчастішим хронічним захворюванням є остеохондроз хребта, який супроводжується зміною рухового стереотипу, якістю життя пацієнтів [4]. Мануальна терапія - частина відновного лікування, що включає різні засоби ЛФК, фізіотерапії, рефлексотерапії та медикаментозного лікування. У комплексі ці методи сучасної медицини цілком доповнюють одне одного [6,

10]. Методика мануальної терапії включає спеціальні прийоми ручної дії, спрямованої на усунення патобіомеханічних проявів та відновлення нормальної рухливості опорно-рухового апарату та розбудову рухового стереотипу [3].

Мета дослідження – покращити перебіг плечолопаткового періартриту у пацієнтів за допомогою лікувального масажу.

Матеріали і методи дослідження. Основну групу склали 37 пацієнтів з діагнозом: остеохондроз хребта, плечолопатковий періартрит, віком від 50 до 75 років, які проходили курс фізичної терапії, у відділенні відновного лікування, включаючи масаж з елементами мануальної терапії. Контрольну групу склали пацієнти, яких можна порівняти за статтю і віком, також страждають на плечолопатковий періартрит, але не проходили курс масажу.

Крім обов'язкових, проводили спеціальні обстеження: рентгенографія плечового суглоба, ортопедичні методи обстеження.

В основну групу включені пацієнти віком 50-75 років з плечолопатковим періартритом, яким проводився комплекс запропонованої нами програми реабілітації, включаючи масаж. Контрольну групу склали пацієнти у тій же віковій категорії, яким було призначено стандартну програму реабілітації лікарем ЛФК.

Статистичну обробку отриманих даних здійснювали методами варіаційної статистики за допомогою пакету прикладних програм «STATISTICA 6» та «Microsoft Excel 2010». Використовували параметричні (критерій t-Стюдента) та непараметричні (критерій χ^2 -Пірсона) методи аналізу.

Методика масажу: незалежно від місця та структур ушкодження масаж починалась завжди з проксимальних відділів. Так, при патології верхньої кінцівки спочатку проводили масаж спини, шийно-грудного відділу хребта, застосовуючи погладження, розтирання кінчиками пальців, основою долоні, фалангами пальців та розминання поздовжнє та поперечне. Далі залежно від розташування та пошкоджених структур періартриту поширено застосували погладження, ретельне розтирання, легку вібрацію, розминання плечового, ліктьового та променево-зап'ясткового суглобів. Суглобову сумку плечового суглоба масажували спереду та ззаду. Особливо ретельно проводили масаж у

місці кріплення сухожилля до кістки.

Насамперед, спеціаліст з масажу працював з шийно-грудним остеохондрозом, як основою, адже в основному саме він є причиною розвитку плечолопаткового періартриту. І тому відновлюється достатня провідність нервових імпульсів, які йдуть по спинномозкових нервах до плеча.

Потім фахівці приділяли особливу увагу самому плечовому суглобу. За допомогою елементів мануальної терапії відновлювалась його рухливість та плавно розтягувалась скорочена суглобова капсула.

А далі масаж переходив на м'язи, які беруть участь у русі плечового суглоба. За допомогою розроблених і довгий час використовуваних постізометричних методик мануальної терапії, знімали м'язовий тонус, завдяки чому зникали ущільнення (тригерні пункти) у сухожиллях та м'язах, відновлювалась їх нормальна функція. А для того, щоб все це якісно виконати, фахівець з масажу повинен пальпаторно відчувати реакцію м'язів та сухожилок на ці дії. Особливо, коли м'язи напружуються не повністю, а є лише локальні болючі напруження, так звані вузлики - «тригерні пункти».

Цими методами можна обмежитись на початку курсу масажу, якщо зберігаються виражені болі. Для зниження та ліквідації болю з перших же днів використовувалась механічна вібрація воронкоподібним гумовим вібратором. Із зменшенням болю, з метою позбавлення від м'язової атрофії, поступово включали в масаж спочатку валяння, потім напівкružне, поперечне та щипцеподібне розминання. Інтенсивність тиску за методикою масажних прийомів посилювалась поступово від процедури до процедури. Після цього приступали до масажу самого плечового суглоба. Масаж проводять за раніше описаною методикою. Область плеча масажували з урахуванням стану двоголового та триголового м'язів плеча. Через те, що явища м'язової атрофії або гіпотрофії найчастіше відзначалась у двоголовому м'язі плеча, її масаж мав бути глибшим, ніж масаж трицепса. Тому в області плеча більш доцільний вибірково масаж. Його починали із загального погладжування та розтирання всієї області плеча. Потім переходили до виборчого масажу двоголового м'яза плеча.

Тривалість масажу-15-20 хвилин щодня. Курс - 15-20 процедур. Для

отримання стійкого лікувального результату необхідно було провести не менше трьох курсів із перервами у три-чотири тижні.

Результати дослідження. Практично всі пацієнти відзначали значне зменшення або зникнення симптоматики після першого сеансу мануальної терапії з попереднім підготовчим масажем для розслаблення поверхневих і глибоких шарів м'язів шиї і верхнього плечового пояса. Другий сеанс мануальної терапії проводився для закріплення отриманого результату. У 17% пацієнтів відбувався рецидив функціональних блоків, але під час проведення другого сеансу мануальної терапії відбувалося покращення. При цьому застосовувалися техніки на м'язово-сухожильний апарат з акцентом на тригерні точки. Після проведення сеансу пацієнту рекомендувався відпочинок у палаті протягом 1,5-2 годин.

В результаті проведеного лікування значне покращення відмічено у 26 хворих, покращення у 9 хворих, незначний ефект відзначили 2 пацієнти.

Так, до операції больовий синдром за ВАШ у середньому становив $6,4 \pm 0,39$, у ранньому післяопераційному періоді $5,1 \pm 0,19$, у пізньому відновлювальному періоді $1,7 \pm 0,14$ (шкала ВАШ).

Таким чином, ефективність комплексного лікування при впливі на уражену кінцівку становила в динаміці до і після курсу масажу 3,4 бала.

До проведення лікування 90% пацієнтів скаржилися на сильні болі в області плечового суглоба та у русі та спокої. У 100% випадків виражена біль відзначалася у крайніх точках руху. У 31 пацієнта (84%) після проведення комплексного лікування, включаючи масаж, спостерігалось зниження неприємних та больових відчуттів при здійсненні пасивних рухів у ураженому суглобі.

Результати були оцінені нами одразу після завершення всього курсу лікування та реабілітації. В основній групі після завершення курсу лікування у більшості пацієнтів біль у плечовому суглобі був відсутній, амплітуда рухів у суглобі стала близька до норми. У контрольній групі ці показники були помітно нижчими.

Висновки:

1. Після проведення курсу лікувального масажу з елементами мануальної

терапії у більшості пацієнтів відзначалася позитивна динаміка, усунення больового синдрому, відновлення функції ураженої кінцівки.

Перспективи подальших досліджень. Вивчення особливостей лікувального масажу при плече-лопатковому періартриті буде продовжено і вивчено в наступних наукових розробках.

Література.

1. Булах О.А. Физиотерапия при болях в верхней трети плеча и плечелопаточной области / О.А. Булах, Е.В. Филатова, М.Ю. Герасименко// Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2014. № 6. С. 25-31.
2. Колісник П.Ф. Клінічна вертебрологія / П.Ф. Колісник. – Вінниця, - 2017. – Нова книга. – 228 с.
3. Кручаниця М.І., Філак Ф.Г., Розумик Н.В., Філак Я.Ф. Нетрадиційні засоби оздоровлення. Навчальний посібник для студентів вищих навч. закл. фіз. вихов. і спорту / М.І. Кручаниця, Ф.Г. Філак, Н.В. Розумик, Я.Ф. Філак. – Ужгород: Вид-во УжНУ, 2008. – 120 с.
4. Латогуз С.И. Руководство по технике массажа и мануальной терапии. Изд. 2-е перераб. / С.И. Латогуз. – Ростов н/Д: «Феникс». Харьков: «Торсинг», 2002. – 512с.
5. Пархотик И.И. Физическая реабилитация при травмах верхних конечностей / И.И. Пархотик. – К.: Олимп, л-ра, 2007. – 282 с.
6. Скворцов В.В. Актуальные вопросы диагностики и лечения плечелопаточного периартрита / В.В. Скворцов, А.В. Тумаренко// Поликлиника. 2011. № 2-1. С. 56-58.
7. Шоломов И.И. Реабилитация больных с посттравматическим плечелопаточным периартритом / И.И. Шоломов, О.В. Бейдик и соавт. Практическая неврология и нейрореабилитация. 2009. № 4. С. 19-21.
8. Энциклопедия массажа от А до Я: Пер. с англ. З. Слоботкиной. – Харьков: Книжный Клуб «Клуб Семейного Досуга», 2007. – 384с
9. Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation: Musculoskeletal Disorders, Pain, and Rehabilitation, 2nd Edition by Walter R. Frontera MD PhD, Julie K. Silver MD, Thomas D. Rizzo Jr. MD: Saunders, Elsevier, 2008 – 935p.
10. Physical Medicine & Rehabilitation. Fourth edition. Edited by Randall L.

Braddom. Saunders Elsevier. – 2011. – 1506 p.

References.

1. Bulah O.A. Fizioterapiya pri bolyah v verhnej treti plecha i plechelopatochnoj oblasti / O.A. Bulah, E.V. Filatova, M.Yu. Gerasimenko// Fizioterapiya, balneologiya i rehabilitaciya. 2014. № 6. S. 25-31.
2. Kolisnik P.F. Klinichna vertebrologiya / P.F. Kolisnik. – Vinnicya, - 2017. – Nova kniga. – 228 s.
3. Kruchanicya M.I., Filak F.G., Rozumik N.V., Filak Ya.F. Netradicijni zasobi ozdorovlennya. Navchalnij posibnik dlya studentiv vishih navch. zakl. fiz. vihov. i sportu / M.I. Kruchanicya, F.G. Filak, N.V. Rozumik, Ya.F. Filak. – Uzhgorod: Vid-vo UzhNU, 2008. – 120 s.
4. Latoguz S.I. Rukovodstvo po tehnikе massazha i manualnoj terapii. Izd. 2-e pererab. / S.I. Latoguz. – Rostov n/D: «Feniks». Harkov: «Torsing», 2002. – 512s.
5. Parhotik I.I. Fizicheskaya rehabilitaciya pri travmah verhnih konechnostej / I.I. Parhotik. – K.: Olimp, 1-ra, 2007. – 282 s.
6. Skvorcov V.V. Aktualnye voprosy diagnostiki i lecheniya plechelopatochnogo periartrita / V.V. Skvorcov, A.V. Tumarenko// Poliklinika. 2011. № 2-1. S. 56-58.
7. Sholomov I.I. Rehabilitaciya bolnyh s posttravmaticheskim plechelopatochnym periartritom / I.I. Sholomov, O.V. Bejdik i soavt. Prakticheskaya nevrologiya i nejrorehabilitaciya. 2009. № 4. S. 19-21.
8. Enciklopediya massazha ot A do Ya: Per. s angl. Z. Slobotkinoj. – Harkov: Knizhnyj Klub «Klub Semejnogo Dosuga», 2007. – 384s
9. Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation: Musculoskeletal Disorders, Pain, and Rehabilitation, 2nd Edition by Walter R. Frontera MD PhD, Julie K. Silver MD, Thomas D. Rizzo Jr. MD: Saunders, Elsevier, 2008 – 935p.
10. Physical Medicine & Rehabilitation. Fourth edition. Edited by Randall L. Braddom. Saunders Elsevier. – 2011. – 1506 p.

Відомості про автора

Латогуз Сергій Іванович: кандидат медичних наук, доцент; Харківський національний медичний університет, Україна.

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

Альона Мартиненко, Лариса Рубан

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Рис.1. Візуальна аналогова шкала болю

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Таблиця 1

Динаміка показника за візуальною аналоговою шкалою болю пацієнтів після ампутації

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

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

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

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

Література

1. Адаптивне фізичне виховання : навч. посібник. Уклад.: Осадченко Т.М., Семенов А.А., Ткаченко В.Т. Умань : ВПЦ «Візаві». 2014. 210 с.

2. Герасименко О. С. Обстеження осіб першого зрілого віку після ампутації нижньої кінцівки на рівні гомілки. *Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання, спорту і здоров'я людини заг. ред. Євгена Приступи.* 2010. Вип. 14, т. 3.

3. Єфіменко П.Б. Техніка та методика класичного масажу. Харків «ОВС». 2007. 216 с.

4. Кирилюк В.В., Сітовський А.М. Лікувальний масаж при захворюваннях та травмах опорно-рухового апарату: методичні рекомендації. Луцьк, 2022. – 45с.

5. Пасенко М.В., Глиняна О.О. Методика фізичної реабілітації осіб після ампутації нижньої кінцівки на рівні гомілки : *Науковий журнал “Молодий вчений.* 2018. №2 (54).

6. Салєєва А.Д., Аврунін О.Г., Чернишова І.М. та інш. Основи комплексної реабілітації пацієнтів з патологіями опорно-рухового апарату: Навч. посібник. Харків: ХНУРЕ. 2023. 329 с.

7. <https://physrehab.org.ua/uk/resource/practice/clinical-tools/>.

Referenses

1. Adaptive physical education: education. manual. Compiler: Osadchenko T.M., Semenov A.A., Tkachenko V.T. Uman: VOC "Vizavi". 2014. 210 p. [Ukrainian]

2. Gerasimenko O. S. Examination of persons of the first mature age after amputation of the lower limb at the level of the lower leg. Young sports science of Ukraine: coll. of science from the field of physics education, sports and human health in general. ed. Yevgena Prystupy. 2010. Issue 14, vol. 3. [Ukrainian]

3. Iefimenko P.B. ,Technique and technique of classical massage. Kharkiv "OVS". 2007. 216 p. [Ukrainian]

4. Kirilyuk V.V., Sitovskyi A.M. Therapeutic massage for diseases and injuries of the musculoskeletal system: methodical recommendations. Lutsk, 2022. - 45 p. [Ukrainian]

5. Pasenko M.V., Glynyana O.O. Methods of physical rehabilitation of persons after amputation of the lower limb at the level of the lower leg: Scientific journal "Young Scientist. 2018. No. 2 (54). [Ukrainian]

6. Saleeva A.D., Avrunin O.G., Chernyshova I.M. and others Basics of comprehensive rehabilitation of patients with pathologies of the musculoskeletal system: Training. Manual. Kharkiv: Khnure. 2023. 329 p. [Ukrainian]

7. <https://physrehab.org.ua/uk/resource/practice/clinical-tools/>.

Відомості про авторів

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

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

РЕФЛЕКТОРНІ ВПРАВИ ТА МАСАЖ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ПСИХОМОТОРНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ

Віталій Осіпов

Обласний коледж «Кременчуцька гуманітарно-технологічна академія імені А.С. Макаренка» Полтавської обласної ради, Україна

Анотація. У статті розглядаються можливості корекції психомоторного розвитку дітей грудного віку засобами масажу та рефлексорної гімнастики при дисфункціях нервової системи, пов'язаної з пологовими травмами та неврологічною дезорганізацією, яка в подальшому призводить до порушень етапів розвитку нервової системи, що впливає на розумові та фізичні можливості дитини, а згодом і появу різних хронічних захворювань, як результат виснаження адаптаційних механізмів.

Ключові слова: нервова система, неврологічна дисфункція, примітивні рефлексі, реабілітація, масаж, рефлексорні вправи.

Abstract. The article considers the possibilities of correcting the psychomotor development of young children with the help of massage and reflex gymnastics in the case of disorders of the nervous system functions associated with birth injuries and neurological disorganization, which subsequently leads to the solution of the stages of development of the nervous system, which affects mental and physical abilities child the appearance of various chronic diseases due to exhaustion of adaptive mechanisms.

Key words: nervous system, neurological dysfunction, primitive reflexes, rehabilitation, massage, reflex exercises.

Вступ. Порушення здоров'я дітей грудного віку наразі є однією з актуальних проблем сучасності, оскільки практично кожна дитина при народженні отримує антенатальну або інтранатальну травму різної тяжкості. Досить легкі з них залишаються непоміченими, нерозпізнаними та неправильно розціненими і, як наслідок цього, упускається той дорогоцінний період, коли ситуацію можна було змінити в кращу сторону [12, 13, 20].

Актуальність і серйозність цієї проблеми полягає в тому, що навіть, на перший погляд, зовсім незначні порушення, саме збоку нервової системи у

новонародженої дитини визначають у майбутньому все подальше її життя, розумові та фізичні можливості, а згодом і появу різних хронічних захворювань, як результат постійної неврологічної дезорганізації та виснаження адаптаційних механізмів [2, 7, 13].

До наслідків таких неврологічних порушень під час пологових травм можна віднести такі дисфункції: гіперактивність, гіперзбудливість, соціальна дезадаптація, затримка в психічному і фізичному розвитку, дратівливість, дефіцит уваги, плоскостопість, порушення постави та м'язового тонуусу й інші [7, 13].

Порушення постави, м'язового тонуусу та плоскостопість, є однією з найпоширеніших ортопедичних порушень, які складають 90% усіх відхилень від норми з боку опорно-рухової системи, тобто кожна четверта дитина в Україні має порушення постави, а у 5-6 осіб з тисячі дітей це сколіоз, при цьому близько 80% від усіх виявлених випадків сколіозу, складають саме ідіопатичні сколіози [1, 6, 14].

Ці захворювання до сьогоднішнього дня, не мають чітко науково обгрунтованої причини та механізмів розвитку, а відповідно й підходів до ефективної методики лікування. Найчастіше лікарі при цих захворюваннях рекомендують розтягувати спазмовані м'язи, пасивно стабілізувати (ортезами та корсетами) частини тіла, намагаючись боротися з контрактурами, фіксуючи таким чином сколіози або усуваючи плоскостопість [9, 13, 15]. Тому саме таке лікування лише симптомів, як проявів захворювання, не дає помітних і стійких результатів.

Світова практика з фізичної терапії, остеопатії, мануальної терапії показує, що лікувальний вплив лише на окремі регіони тіла при порушенні їх функцій, далеко не завжди ці функції відновлюють, оскільки саме ці регіони можуть знаходитися у стані компенсації. Науковці вбачають причину таких явищ в ігноруванні існуючих законів розвитку нервової системи та основних положень функціональної неврології [16, 18].

Більшість дитячих нейроортопедичних захворювань найчастіше являються проявами саме наслідків родової травми та неврологічної дезорганізації [13, 20], а відповідно і пов'язаних з нею порушень етапів розвитку нервової системи від найпростіших рухів до складніших. Тому при реабілітації дітей з такими порушеннями необхідно використовувати комплексний підхід, побудований на інтеграції знань з онтокінезіології та нейрокінезіології, як основи про рівень еволюції рухів людини, усунення патологічної активності, так званих, примітивних (безумовних) рефлексів та активацію нейросудинних та нейролімфатичних рефлексів гіпорефлексичних м'язів методами та засобами масажу й кінезіотерапії [8, 9, 12, 15].

Такі підходи є етіологічно та патогенетично обґрунтованими і максимально фізіологічними, оскільки вони базуються на фундаментальних працях всевітньо відомих учених [3, 5, 19] : І.М. Сеченова, І.П.Павлова (вчення про рефлекси, 1920); М.Р. Могендовича (вчення про вісцеро-моторні та моторно-вісцеральні рефлекси, 1957); М.О. Бернштейна (1947), засновника наукової теорії психофізіологічної організації та регуляції рухів; V.Vojta (про глобальні локомоції, 1964); К.О. Семенової (про динамічну пропріоцептивну корекцію, 1999); В.І. Козьякіна (система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації, 2000).

Дослідженню способів усунення та корекції різних неврологічних і ортопедичних порушень у дітей різного віку присвячено ряд робіт в області фізіології [18, 19], біомеханіки [2, 4], медицини [1, 14, 17], фізичного виховання та фізичної реабілітації [10, 11, 12, 15], але не дивлячись на такий широкий спектр наукових досліджень, дана проблема не втрачає актуальності й на сьогоднішній день.

Мета та методи дослідження. Метою роботи є визначення ефективності впливу масажу з рефлексорними вправами на фізичний та психомоторний розвиток дітей грудного віку. Для досягнення поставленої мети було обрано такі методи дослідження:

1) вимірювання основних антропометричних показників: довжина тіла, см; маса тіла, г; обхват грудної клітки, см; обхват голови, см; масозростовий індекс, г/см;

2) оцінка рівня психомоторного розвитку дитини здійснювалося за методикою Л.Т. Журби, Є.М. Мастюкової, яка передбачала помісячну кількісну оцінку в дитини 1-го року життя психомоторних показників за 4-бальною шкалою з урахуванням динаміки нормального вікового розвитку.

Дослідження було проведено на базі реабілітаційного центру «Eurospine Україна» м. Бердянськ в період з 2020 року по 2021 рік. У дослідженні взяли участь 8 грудних дітей, віком від 3-х до 12 місяців, яким було проведено курс масажу з рефлекторними вправами (табл.1). Для порівняння була взята контрольна група здорових дітей такого ж віку.

Таблиця 1

Методика реабілітації дітей грудного віку

Метод реабілітації	Кратність проведення	Тривалість, хвилини	Вік, місяців
Масаж з рефлекторними вправами	3 рази на тиждень	10	3
		15	6
		20	9
		25	12

Результати дослідження. На початку дослідження при оцінці психомоторного розвитку дітей до 12 міс. за методикою Л.Т. Журби та О.М. Мастюкової, розвиток відповідав віку в 78,4% випадків, а після проведення реабілітаційних заходів методами масажу та рефлекторних вправ – 87,2 %, що свідчить про ефективність реабілітації. Оцінка фізичного та рухового розвитку дітей (табл. 2) після проведення масажу з рефлекторними вправами виявила значні відмінності у формуванні рухових навичок порівняно з дітьми контрольної групи : середній вік піднімання голови в дітей контрольної групи – був 9,9 тижнів, а у дітей після проведення курсу масажу з рефлекторними вправами – 9,5 тижнів; повороти зі спини на живіт – 22,5 та 21,8 тижнів відповідно; повороти з живота на спину – 28,5 та 27,2 тижнів відповідно; сидіння – 37,5 та 35,9 тижнів відповідно;

повзання рачки – 38,5 і 36,2 тижнів відповідно; ходьба – 57,2 та 54,8 тижнів відповідно ($p < 0,05$).

Таблиця 2

Динаміка зміни антропометричних показників у дітей 1-го року життя після проведення курсу масажу та рефлекторних вправ

Показники	До та після реабілітації	*(\bar{x})	($\pm m_n$)	(P)
1) довжина тіла, см	До	55,13	0,65	< 0,05
	Після	73,32	0,41	
2) маса тіла, г	До	4565,48	146,03	< 0,05
	Після	9100,05	122,21	
3) обхват грудної клітки, см	До	36,47	0,51	< 0,05
	Після	46,65	0,22	
4) обхват голови, см	До	37,76	0,38	< 0,05
	Після	45,71	0,18	
5) масозростовий індекс, г/см	До	81,62	1,88	< 0,05
	Після	121,72	1,13	

*(\bar{x}) – середнє арифметичне

Необхідно відзначити, що після курсу масажу з рефлекторними вправами, найбільші відмінності були зафіксовані в дітей у швидкості формування рухових навичок у вигляді повзання (випередження становить на 2,4 тижні, порівняно з контрольною групою) та ходьби (випередження становить на 2,5 тижні). Це пов'язано з особливостями методики масажу з рефлекторними вправами, які спрямовані на вироблення автоматизму повзання і ходьби, а також тренування балансу, який необхідний для формування статодинамічних функцій. Саме правильно підібрані рефлекторні вправи в комплексі з масажем допомагають включити основні безумовні (примітивні) рефлекси нервової системи відповідно до етапів її розвитку, що налаштовує нервову систему на більш якісний контроль локомоторних функцій.

Після проведення реабілітаційних заходів методами масажу з рефлекторними вправами також було відмічено значне покращення стану вегетативно-вісцерального статусу дітей (нормалізувався сон, скоротилися випадки зригування, припинилися коліки) порівняно з контрольною групою.

Висновки. Отже, враховуючи все вищесказане та аналізуючи результати проведеного дослідження, можна зробити такі висновки:

- безумовні (примітивні) рефлекси – це рефлекси, які забезпечують життєдіяльність організму грудної дитини в процесі розвитку її вищої нервової діяльності;

- після розвитку ЦНС безумовні (примітивні) рефлекси втрачають свою значущість та інтегруються в постуральні рефлекси; але, для їхнього своєчасного регресу та гальмування необхідна достатня стимуляція нервової системи у вигляді кінестетичної аферентації;

- як показує теорія і практика, дієвим засобом стимуляції розвитку нервової системи є масаж та рефлекторні вправи, які створюють адекватний потік інформації із суглобів та м'язів тіла, що збуджує саме ті структури мозку, які відповідальні за психомоторний розвиток дитини;

- масаж з рефлекторними вправами надає на організм дитини як місцевий, так і загальний вплив, загальнозміцнюючу дію на м'язову систему, підвищує її тонус, еластичність та скорочувальну здатність м'язів; надає регулюючий вплив на всі вегетативні функції організму: дихання, кровообіг, травлення; нормалізує роботу кишечника, сприяє відходженню газів, які так часто мучать немовлят через недосконалість їх шлунково-кишкової системи;

- наше дослідження довело, що масаж з рефлекторними вправами позитивно впливає на фізичний розвиток, призводить до правильного становлення рефлексів, нормалізує роботу внутрішніх органів дітей грудного віку.

Переваги даного методу корекції психомоторного розвитку дітей грудного віку: просте виконання, не потребує спеціального обладнання апаратури та тренажерів; використовуються класичні прийоми масажу в поєднанні з простими рефлекторними вправами для дітей 1-го року життя.

Перспективи подальших досліджень будуть спрямовані на вивчення впливу масажу та рефлекторної гімнастики на фізичний стан дітей при захворюваннях нервової системи та порушеннях вищих мозкових функцій.

Література

1. Андріюк Л. (2016) М'язовий дисбаланс у дитячому віці. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. № 2. С. 24-28.
2. Васильєва Л.Ф. (2018) Прикладная кинезиология. Искусство восстановления здоровья. Одесса: УАПК. 156 с.
3. Дегтяренко Т.В., Вастьянов Р.С. (2017) Значення наукових праць І.М.Сеченова для створення сучасної системної психофізіології. *Інтегративна антропологія. Медикофілософський журнал*. №2 (30). С. 9-16.
4. Кашуба В.А. (2003) Биомеханика осанки. Киев: Олимп. лит-ра, 280 с.
5. Козьявкін В.І. (2011) Метод Козьявкіна – система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації: посіб. реабілітолога. Львів: “Дизайн-студія”Папуга”, 240 с.
6. Максимова О.О. (2017) Формування правильної постави в дітей дошкільного віку. *Професійна освіта в умовах інтеграційних процесів: теорія і практика*: збірник наукових праць / за заг. ред. проф. С.С.Вітвицької, доц. Н.Є.Колесник. Житомир: ФОП «Н.М.Левковець». Ч. I. С. 82-86.
7. Осіпов В.М. (2019) Роль вегетативної нервової системи та примітивних рефлексів у розвитку хронічного міофасціального больового синдрому. *Актуальні питання впливу довкілля, фізичного виховання та спорту на здоров'я студентської молоді*: зб. наук. матер. IV Міжн. наук-практ. конф., 12–14 вересня 2019 р. Бердянськ: ФОП Ткачук О.В. С. 145-148.
8. Осіпов В. (2020) Реабілітаційний масаж при постуральних порушеннях, больових синдромах і вегетативній дисфункції. *Актуальні питання сучасного масажу*: збірник статей XI міжнародної науково-практичної інтернет-конференції, 24-25 квітня 2020 р., ХДАФК. С. 53-60.
9. Осіпов В.М., Гнатюк В.В. (2022) Корекція постави дітей шкільного віку методом ортезування стоп. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*: зб. наук. пр. / [редкол.: А.В. Сущенко (голов. ред.) та ін.]. Запоріжжя : КПУ. Вип. 80. Т. 2. С. 50-53.

10. Осіпов В.М., Гнатюк В.В. (2021) Візуальна діагностика для скринінгу м'язової дисфункції опорно-рухового апарату в дитячих колективах. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*: зб. наук. пр. / [редкол.: А.В. Сущенко (голов. ред.) та ін.]. Запоріжжя: КПУ. Вип. 74. Т. 2. С. 52-57.

11. Осіпов В.М. (2020) Класифікація деформації хребта у вигляді сколіозу. *Фізична культура, спорт і здоров'я: стан, проблеми та перспективи*: збірник тез XX Міжнародної науково-практичної конференції, 17-18 грудня 2020 року. Харків: ХДАФК. С. 113.

12. Осіпов В.М. (2017) Сучасні методи кінезіотерапії у фізичній реабілітації дітей з дитячим церебральним паралічем. *Актуальні питання впливу довкілля, фізичного виховання та спорту на здоров'я студентської молоді*: збір. наук. матеріалів III міжн. наук.-практ. конференції з нагоди 100-річчя НАН України та 85-річчя БДПУ. Бердянськ: ФОП Ткачук О.В. С. 125-128.

13. Осіпов В.М. (2023) Кінезіологічний підхід до корекції нейроортопедичних дисфункцій у дітей та дорослих. *Актуальні питання сучасної педагогіки: творчість, майстерність, професіоналізм*: матеріали IV Міжн. науково-практ. конф., (Обласний коледж „Кременчуцька гуманітарно-технологічна академія імені А.С.Макаренка” Полтавської обласної ради 17 березня 2023 р.) / [редактор- упорядник: Т. В. Кулікова] Кременчук : Методичний кабінет. С. 497-502.

14. Попова Т.В., Владзимирский А.В. (2010) Сучасний погляд на проблему діагностики порушень постави у дітей та підлітків. *Журнал «Травма»*. №5. С. 590-591.

15. Пешкова О. В., Мятыга Е.Н., Бисмак Е. В. (2012) Физическая реабилитация при нарушениях осанки и плоскостопии: учеб. пособие. Харьков, 2012. 124 с.

16. Сьюзан С. Адлер, Доминик Беккерс (2015), Мат Бак. ПНФ на практике: иллюстрированное руководство / перевод с англ. Т.В. Буйлова. Изд-во "Springer", 2015. 330 с.

17. Тягур Т. Р. (2014) Проблема сколіозу в сучасній ортопедії, Слобожанський науково-спортивний вісник. № 3. С. 106–109.
18. Томас В. Майерс. (2019) Анатомические позды. 3-е издание. Київ: Форс Україна. 320 с.
19. Фізіологія вищої нервової діяльності (ВНД): навчальний посібник. І.А. Іонов та ін. (2017) Харків: ФОП Петров В.В., 143 с.
20. Шевцова Т. (2014) Пологова травма новонароджених дітей. *Український науково-медичний молодіжний журнал*. 4(84). 105-109.

References

1. Andrijuk L. (2016) Mjazovyj dyshalanc y dytjačomy vici. Zdobytty kliničnoji i eksperymental'noji medycyny. N 2. С. 24-28.
2. Vasyľ'eva L.F. (2018) Pрыkladnaja kynezejologyja. Yskusstvo vosstanovlenyja zdorov'ja. Odessa: UAPK. 156 s.
3. Dehtjarenko T.V., Vact'janov R.C. (2017) Značennja naukovych prac' I.M.Cječenova dlja ctvorennja cyčacnoji cyctemnoji psyhofizjology. Intehratyvna antropologyja. Medykofilocofc'kyj žyrnal. N 2 (30). С. 9-16.
4. Kašyba V.A. (2003) Byomechanyka osanky. Kyev: Olymp. lyt-ra, 280 с.
5. Kozjavkin V.I. (2011) Metod Kozjavkina – cyctema intencyvnoji nejrofizjologyčnoji reabilitacii: posib. reabilitologya. L'viv: "Dyzajn-ctydija" Papyha", 240с.
6. Maksymova O.O. (2017) Formyvannja pravyl'noji poctavy v ditej doškyl'noho viku. Profecijna osvita v umovach intehracijnych procesiv: teorija i praktyka: zbirnyk naukovych prac' / za zah. red. prof. С.С.Vitvyc'koї, doc. N.Je.Kolesnyk. Žytomyr: FOP «N.M.Levkovec'». Č. I. С. 82-86.
7. Osipov V.M. (2019) Rol' vehetatyvnoji nervovoї cyctemy ta prymityvnych reflekciv y rozvytky chroničnoho miofaccial'noho bol'ovoho cyndromy. Aktual'ni pytannja vplyvy dovkillja, fizyčnoho vychovannja ta sporty na zdorov'ja ctudentc'koї molodi: zb. nauk. mater. IV Mižn. nauk-prakt. konf., 12–14 verescnja 2019 r. Berdjanc'k: FOP Tkačuk O.V. С. 145-148.

8. Osipov V. (2020) Reabilitacijnyj macaž pry poctural'nyx poryšennjach, bol'ovyx cyndromach i vehetativnij dycfunkcii. Aktyal'ni pytannja cyčacnoho macažy: zbirnyk ctatej ChI mižnarodnoï naukovo-praktyčnoï internet-konferencii, 24-25 kvitnja 2020 r., ChDAFK. C. 53-60.

9. Osipov V.M., Hnatjuk V.V. (2022) Korekcija poctavy ditej škil'noho viku metodom ortezyvannja ctop. Pedahohika formyvannja tvorčoï ocobyctocti y vyščij i zahal'noocvitnij školach: zb. nauk. pr. / [redkol.: A.V. Cyščenko (holov. red.) ta in.]. Zaporizžja : KPY. Vyp. 80. T. 2. C. 50-53.

10. Osipov V.M., Hnatjuk V.V. (2021) Vizyal'na diahnoctyka dlja skryniny m"jazovoï dycfunkcii oporno-rychovoho aparaty v dytjačyx kolektyvach. Pedahohika formyvannja tvorčoï ocobyctocti y vyščij i zahal'noocvitnij školach: zb. nauk. pr. / [redkol.: A.V. Cyščenko (holov. red.) ta in.]. Zaporizžja: KPY. Vyp. 74. T. 2. C. 52-57.

11. Osipov V.M. (2020) Klacyfikacija deformacii chrebta y vyhljadi skoliozy. Fyzyčna kyl'tyra, cport i zdorov"ja: ctan, problemy ta percpektyvy: zbirnyk tez XX Mižnarodnoï naukovo-praktyčnoï konferencii, 17-18 hrydnja 2020 roky. Charkiv: ChDAFK. C. 113.

12. Osipov V.M. (2017) Cyčacni metody kinezioterapiï y fyzyčnij reabilitacii ditej z dytjačym cerebral'nym paraličem. Aktyal'ni pytannja vplyvy dovkillja, fyzyčnoho vychovannja ta cporty na zdorov"ja ctudentc'koï molodi: zbir. nauk. materialiv III mižn. nauk.-prakt. konferencii z nahody 100-riččja NAN Ukraïny ta 85-riččja BDPY. Berdjanc'k: FOP Tkačyk O.V. C. 125-128.

13. Osipov V.M. (2023) Kineziolohičnyj pidchid do korekcii nejroortopedyčnyx dysfunkcij u ditej ta doroslyx. Aktual'ni pytannja sučasnoï pedahohiky: tvorčist', majsternist', profesionalizm: materialy IV Mižn. naukovo-prakt. konf., (Oblasnyj koledž „Kremenčuc'ka humanitarno-technolohična akademija imeni A.S.Makarenka"" Poltavs'koï oblasnoï rady 17 bereznja 2023 r.) / [redaktor-uporjadnyk: T. V. Kulikova] Kremenčuk : Metodyčnyj kabinet. S. 497-502.

14. Popova T.V., Vladzomyrckyj A.V. (2010) Cyčacnyj pohljad na problemy diahnoctyky poryšen' poctavy y ditej ta pidlitkiv. Žyurnal «Travma». N 5. C. 590-591.

15. Peškova O. V., Mjatyha E.N., Vucmak E. V. (2012) Fyzyčeskaja reabylytacyja pry naryšenyjach osanky u plockoctopyy: učeb. posobyje. Cha'kov, 124 c.
16. S'juzan S. Adler, Domynuk Bekkers (2015), Mat Vak. PNF na praktyke: ylljustryrovannoe rukovodstvo / perevod s anhl. T.V. Bujlova. Yzd-vo "Springer", 2015. 330 s.
17. Tjahur T. R. (2014) Problema skoliozu v sučasnij ortopedii, Slobožans'kuj naukovo-sportyvnyj visnyk. # 3. S. 106–109.
18. Tomas V. Majers. (2019) Anatomyčeskye poezda. 3-e yzdanye. Kyiv: Fors Ukraïna. 320 s.
19. Fiziologija vyščoi nervovoï dijál'nosti (VND): navčal'nyj posibnyk. I.A.Ionov ta in. (2017) Charkiv: FOP Petrov V.V., 143 c.
20. Ševcova T. (2014) Polohova travma novonarodženych ditej. Ukraïnc'kuj naukovo-medyčnyj molodižnyj žyurnal. 4(84). 105-109.

Відомості про автора

Осінов Віталій Миколайович: кандидат фізичного виховання та спорту, доцент; Обласний коледж «Кременчуцька гуманітарно-технологічна академія імені А.С. Макаренка» Полтавської обласної ради, Україна.

ЕФЕКТИ ЛІМФОДРЕНАЖНОГО МАСАЖУ В МЕНЕДЖМЕНТІ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО НАБРЯКУ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ

Святослава Пашкевич, Вікторія Полковник-Маркова

Харківська державна академія фізичної культури, Україна.

Анотація. Існує помірна доказовість використання лімфодренажного масажу (ЛімфМ) для захворювань, що впливають на опорно-руховий апарат, який може бути ефективним для зменшення болю, покращення функціональної діяльності та якості життя. Мета дослідження: визначити ефективність ЛімфМ на додаток до звичайних реабілітаційних втручань при посттравматичних станах верхньої кінцівки стосовно зменшення набряку, покращення обсягу рухів та її функції. Висновки: включення ЛімфМ у стандартну схему менеджменту набряку призводить до більш значного покращення функції верхньої кінцівки.

Ключові слова. Лімфодренажний масаж, посттравматичний набряк, обсяг рухів, функція верхньої кінцівки.

Abstract. There is moderate evidence for the use of lymphatic drainage massage (LMD) for musculoskeletal conditions, which may be effective in reducing pain, improving function and quality of life. The purpose of the study: to determine the effectiveness of LymphM in addition to conventional rehabilitation interventions in post-traumatic conditions of the upper limb in terms of reducing edema, improving range of motion and its function. Conclusions: the inclusion of LymphM in the standard scheme of management of edema leads to a more significant improvement in the function of the upper extremity.

Keywords: lymphatic drainage massage, post-traumatic edema, range of motion, upper extremity function.

Вступ. Посттравматична лімфедема є складним, виснажливим і потенційно поширеним патологічним процесом, якому на сьогоднішній день приділяється обмежена увага. Раннє консервативне лікування та профілактика лімфедими повинні бути враховані при реабілітаційному менеджменті травм

верхньої кінцівки [5]. Гостра лімфатична дисфункція до певної міри є нормальною фізіологічною реакцією після травми, але тривала дисфункція лімфатичної системи призводить до прогресуючої патології. Тому вкрай важливо підтримати функцію лімфатичної системи на цій ранній фазі, щоб стимулювати повернення до гомеостазу якомога швидше та повніше.

Пацієнтам з травмами рекомендується ранній початок консервативних заходів [8]. У сфері реабілітації для усунення набряку та болю, спричинених ортопедичними розладами, використовують багато методів. Це може бути кріотерапія, підвищене положення, компресія, електрична стимуляція, ультразвук і масаж. ЛімфМ може зменшити набряк і є одним із 4 компонентів комплексної деконгестивної терапії, яка вважається «золотим стандартом» лікування лімфедми [5;8].

Техніка ручного ЛімфМ — це щадна та ритмічна техніка дії на м'які тканини, яка стимулює лімфатичні структури, не сприяючи еритемі чи запаленню, одночасно підтримуючи всмоктування надлишку рідини, білка та продуктів життєдіяльності. На додаток до зменшення набряку, ЛімфМ, зменшує біль шляхом дії за механізмом специфічних шляхів болю або впливаючи за біопсихосоціальною теорією виникнення болю [4].

Хоча попередні огляди надали деякі переваги використання ЛімфМ, які стосувалися зменшення набряку, сукупність доказів щодо впливу ЛімфМ на діапазон рухів та функцію верхньої кінцівки досліджені не в повному обсязі, що обумовлює актуальність даного дослідження.

Мета дослідження. Визначити ефективність ЛімфМ на додаток до звичайних реабілітаційних втручань при посттравматичних станах верхньої кінцівки стосовно зменшення набряку, покращення обсягу рухів та її функції.

Результати дослідження.

Дослідження включало 11 пацієнтів (чоловіки, середній вік складав $45,9 \pm 7,9$ років) з вогнепальними осколковими пораненнями м'яких тканин верхньої кінцівки. Було підписано інформовану згоду на участь у дослідженні. Критеріями включення були повне загоєння ран у області верхньої кінцівки та

наявність посттравматичного набряку тканин. Критерії виключення були наступними: вторинні інфекційні ускладнення, тромбоз, підтверджений ультразвуковим дослідженням та наявність осколків в кінцівці. Пацієнти були випадковим чином розподілені на дві групи: група КГ – 6 осіб, які отримували стандартну терапію, і група ДГ – 5 осіб, які отримували ЛімфМ [2] замість відпочинку з позиційованою кінцівкою тривалістю 30 хв. Для обох груп застосовували однакову схему компресії, яку тримали на протязі дня та позиціювання кінцівки у підвищеному положенні на ніч. Фізична терапія включала 10 втручань, які проводилися 5 днів на тиждень (з понеділка по п'ятницю) протягом 2 тижнів.

У дослідженнях використовувалися вимірювання вісімкою окружності верхньої кінцівки на рівні передпліччя [7], гоніометрія ліктьового та променево-зап'ясткового суглобів і визначення функції верхньої кінцівки за шкалою QuickDASH.

Для тестування відмінності між групами у динаміці внаслідок невеликої кількості спостережень використовували непараметричну статистику, для пов'язаних сукупностей критерій Вілкоксона, для незалежних Манна-Уїтні. Значення p менше 0,05 вважали значущими, і всі тести були двосторонніми. Статистичний аналіз проводився за допомогою статистичної комп'ютерної програми SPSS, версія 16.0 (SPSS).

Отримані результати (Табл.1.) свідчили про суттєві зміни основних показників обох груп порівняння. Достовірно зменшилось відчуття болю ($p < 0,001$), покращилося згинання у ліктьовому суглобі ($p < 0,05$) та згинання у променево-зап'ястковому ($p < 0,05$). Показники осіб КГ, такі як розгинання у ліктьовому суглобі мали позитивну динаміку ($p < 0,05$) порівняно з ОГ, де цього не відбулося. В свою чергу, тільки у пацієнтів ОГ було зменшено обсяг набряку ($p < 0,05$), збільшився обсяг розгинання у променево-зап'ястковому суглобі ($p < 0,05$), та покращилися оцінка функції верхньої кінцівки за шкалою QuickDASH ($p < 0,05$).

Між групами порівняння було встановлено достовірну різницю за оцінками пацієнтами шкали QuickDASH ($p < 0,05$).

Таблиця 1.

Динаміка показників ефективності менеджменту набряку верхньої кінцівки у групах порівняння

Оціночні шкали	ОГ, $M \pm m$ (n=5)		КГ, $M \pm m$ (n=6)		р між групами порівняння
	На початку	Через 4 тижні	На початку	Через 4 тижні	
Шкала QuickDASH (біль), ум.од.	4,8 \pm 0,6	2,5 \pm 0,7**	4,9 \pm 0,5	2,5 \pm 0,9**	>0,05
Окружність передпліччя, см	54,0 \pm 1,3	50,6 \pm 1,4*	53,7 \pm 1,0	51,8 \pm 2,4	>0,05
Гоніометрія ліктьового суглобу					
Розгинання, град.	136,0 \pm 9,6	135,0 \pm 10,4	136,7 \pm 14,4	133,3 \pm 15,5*	>0,05
Згинання, град.	51,0 \pm 7,2	40,0 \pm 4,8*	56,7 \pm 13,3	51,7 \pm 15,0*	>0,05
Гоніометрія променево-зап'ясткового суглобу					
Згинання, град.	40,0 \pm 14,4	53,0 \pm 11,6**	38,3 \pm 14,4	45,8 \pm 9,4*	>0,05
Розгинання, град.	54,0 \pm 11,2	64,0 \pm 10,4*	57,5 \pm 9,2	60,8 \pm 9,4	>0,05
QuickDASH, %	69,8 \pm 5,6	51,0 \pm 5,2*	70,8 \pm 4,1	65,4 \pm 3,7	<0,05

* - достовірна різниця між показниками пов'язаних вибірок у динаміці, $p < 0,05$;

** - достовірна різниця між показниками пов'язаних вибірок у динаміці, $p < 0,001$

Дискусія/Висновки. Посттравматичний набряк верхньої кінцівки може викликати біль і скутість, а також може значно вплинути на якість життя людини, що обумовило включення ЛімфМ у менеджмент набряку. ЛімфМ може допомогти зменшити набряк і покращити кровообіг в ураженій області, що, у свою чергу, може допомогти полегшити симптоми [3;6]. За результатами нашого дослідження включення ЛімфМ призвело до суттєвого покращення функції верхньої кінцівки за результатами оцінки QuickDASH.

Інтенсивність болю (VAS) значно зменшилася, значення $p < 0,05$ в обох групах порівняння. Зниження інтенсивності болю в групах пояснюється багатьма механізмами, які можуть працювати й через рефлекторне розслаблення м'язів, якого досягаємо за комплексом втручань. Крім того,

активувалися механорецептори м'язів і суглобів, також може підключатися механізм «больових» воріт та ендогенних опіоїдів. Швидкість кровотоку та лімфатичних потоків також може бути збільшена, а також можуть бути зміни інтерстиціального тиску та збільшення транскапілярного кровотоку [1].

Динаміка інших показників була дещо протиречною, але це співпадала з результатами дослідження проведеного іншими фахівцями.

Гіпомобільність, пов'язана з рефлекторним захистом м'язів через біль, та зменшується в міру стихання болю. У цьому дослідженні було встановлено що в обох групах відбулося покращення амплітуди руху у ліктьовому суглобі та променево-зап'ястковому, але достовірно тільки за рахунок згинання. В той же час розгинання мало різні тенденції, у ОГ покращилося в променево-зап'ястковому суглобі, а у КГ – в ліктьовому. Тобто, ЛімфМ не відігравав великої ролі в покращанні обсягу рухів.

У роботі Haren K., Wilberg M. [3] проводилося порівняння ЛімфМ + традиційна терапія проти лише традиційної терапії та було отримано, що обидві групи мали зменшення набряку після лікування. Але дослідники все ж дійшли висновку, що ЛімфМ слід використовувати як доповнення до традиційної терапії, коли є надмірний набряк [3]. В нашому дослідженні тільки ОГ мала позитивну динаміку окружності передпліччя, але достовірної різниці між групами порівняння не було.

Підсумовуючи, можна зробити заключення, що ЛімфМ може бути додатковим методом фізичної терапії посттравматичних набряків верхніх кінцівок. Стимулюючи лімфоток, покращуючи кровообіг і зменшуючи стрес, масаж може суттєво допомогти покращити функціонування верхньої кінцівки, що було визначено за результатами суб'єктивної оцінки пацієнтами, що його отримували. Однак важливо зазначити, що масаж повинен виконуватися лише навченим фахівцем і його слід використовувати в поєднанні з іншими методами менеджменту набряку.

Перспективи подальших досліджень. Дослідження ефектів лімфодренажного масажу в менеджменті посттравматичного набряку верхньої

кінцівки є важливим напрямом досліджень у фізіотерапевтичній практиці. Для подальшого дослідження можна розглянути наступні перспективи: проведення досліджень з використанням більш точних методів вимірювання набряку, таких як інфрачервона термометрія, замість звичайних «м'яких» вимірювань; дослідження ефективності лімфодренажного масажу у пацієнтів з різними ступенями важкості посттравматичного набряку верхньої кінцівки, щоб визначити оптимальну дозу та тривалість масажу для різних груп пацієнтів.

Література / References

1. Faqih AI, Bedekar N, Shyam A, Sancheti P. Effects of muscle energy technique on pain, range of motion and function in patients with post-surgical elbow stiffness: A randomized controlled trial. *Hong Kong Physiother J.* 2019; 39(1):25-33. doi:10.1142/S1013702519500033
2. Härén K, Backman C, Wiberg M. Effect of manual lymph drainage as described by Vodder on oedema of the hand after fracture of the distal radius: a prospective clinical study. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.* 2000; 34(4):367-372. doi:10.1080/028443100750059165
3. Haren K., Wilberg M. A prospective randomized controlled trial of manual lymph drainage (MLD) for the reduction of hand oedema after distal radius fracture. *The British Journal of Hand Therapy.* 2006; 11(2):41-47. doi:[10.1177/175899830601100202](https://doi.org/10.1177/175899830601100202)
4. Howard, Susan & Krishnagiri, Sheema. The use of manual edema mobilization for the reduction of persistent edema in the upper limb. *Journal of hand therapy: official journal of the American Society of Hand Therapists.* 2001; 14. 291-301. 10.1016/S0894-1130(01)80008-9.
5. Kim, H. J., Kim, H. G., & Kim, S. J. Effects of lymphatic drainage massage on pain and quality of life in individuals with post-traumatic upper extremity edema: A randomized controlled trial. *Journal of Physical Therapy Science,* 2022; 34(1), 13-18. doi: 10.1589/jpts.34.13
6. Knygsand-Roehoej K, Maribo T. A randomized clinical controlled study comparing the effect of modified manual edema mobilization treatment with

traditional edema technique in patients with a fracture of the distal radius. *J Hand Ther.* 2011; 24(3):184-194. doi:10.1016/j.jht.2010.10.009

7. Miller L, Jerosch-Herold C, Shepstone L. A pilot single-blind parallel randomised controlled trial comparing kinesiology tape to compression in the management of subacute hand oedema after trauma. *Pilot Feasibility Stud.* 2022;8(1):72. Published 2022 Mar 26. doi:10.1186/s40814-022-01023-1

8. Minasian RA, Samaha Y, Brazio PS. Post-traumatic lymphedema: review of the literature and surgical treatment options. *Plast Aesthet Res* 2022;9:18. <https://dx.doi.org/10.20517/2347-9264.2021.128>

Відомості про авторів

Пашкевич Святослава Адамівна: кандидат медичних наук, доцент; Харківська державна академія фізичної культури, Україна.

Полковник-Маркова Віта Сергіївна: старший викладач; Харківська державна академія фізичної культури, Україна.

ТЕХНІКА МІОФАСЦІАЛЬНОГО РЕЛІЗУ ДЛЯ ЗНЯТТЯ М'ЯЗОВОЇ НАПРУГИ ПІД ЧАС ГРИ У ШАФФЛБОРД

^{1,2}Валерія Рубан, ¹Павло Єфіменко

¹Харківська державна академія фізичної культури, Україна

²Інститут спорту та фізичної культури Університету економіки в Бидгощі, Польща

Анотація. Виявлено, що одним із дієвих методів зняття м'язової напруги у гравців у Шаффлборд є самомасаж, який застосовується перед та після тренуваннями або змаганнями. З'ясовано, що допомогою тенісного м'яча можна проводити процедуру самомасажу. Рекомендовано для усунення спазму м'язів та фасцій використовувати самомасаж тенісними м'ячами.

Ключові слова: Шаффлборд, міофасціальний реліз, тригерні точки.

Abstract. Self-massage, which is used before and after training or competitions, has been found to be one of the effective methods of relieving muscle tension in Shuffleboard players. It has been found that a self-massage procedure can be carried out with the help of a tennis ball. It is recommended to use self-massage with tennis balls to eliminate spasm of muscles and fascia.

Key words: Shuffleboard, myofascial release, trigger points.

Вступ. Адаптивний спорт є однією із складових частин фізкультурно-спортивної реабілітації (ФСР), яка, у свою чергу, є видом загальної фізичної культури для осіб із відхиленнями у стані здоров'я. Для багатьох людей похилого віку та інвалідів адаптивний спорт є єдиним способом «розірвати» замкнутий простір, увійти в соціум, придбати нових друзів, отримати можливість для спілкування, повноцінних емоцій, пізнання світу [1].

Метою ігор є зміцнення фізичного та психічного здоров'я громадян похилого віку та інвалідів шляхом використання настільних та підлогових спортивних ігор, як засобу реабілітації та соціалізації.

Заняття з адаптивними настільними іграми допомагають розвинути позитивне емоційне самопочуття, знизити рівень нервово-психічного напруження, стимулюють розвиток спритності, комбінаційного мислення, що

дуже важливо при відновленні інтелектуальних здібностей, прискорення реакцій у відповідь.

Проте, під час тренування та змагань від учасників часто можна почути скарги на біль в кінцівках і спині. Одним із дієвих методів зняття м'язової напруги може бути самомасаж, який можна застосовувати перед та після тренування або змагання [2].

Мета роботи: проаналізувати та узагальнити методики самомасажу спрямовані на зняття м'язової напруги в кінцівках у осіб похилого віку після змагань.

Хід дослідження та обговорення результатів. Шафлборд представляє собою гру на розміченому столі (англ. Table Shuffleboard) або підлозі (англ. Floor Shuffleboard), з використанням київ та шайб (якщо гра проводиться на підлозі), або шайб, які штовхаються рукою (якщо гра проводиться на столі). Шайба повинна зупинитись у межах певних ліній, незалежно від ігрової поверхні. У Шафлборд грають удвох чи двома командами, які складаються з двох гравців. Ця гра була дуже популярна в Англії, особливо в суспільстві аристократів, улюблене проведення часу у великих заміських будинках [5].

Гра Шафлборд впливає на м'язи поясу верхніх та нижніх кінцівок, а після гри або турніру у осіб старшого віку спостерігається напруження і втома. Тому виникає необхідність проведення заходів відновлення нормального стану організму гравців у цю гру. Для цього одним з найпоширеніших засобів є самомасаж. Його можна проводити як руками, так і з допомогою різних інструментальних пристроїв.

Міофасціальний реліз це техніка самомасажу, який проводиться з використанням спеціальних ролів, м'ячів та інших спеціалізованих тренажерів з різним ступенем жорсткості та розмірів [3, 4].

Усунення напруження м'язів та фасцій відбувається за рахунок механічного впливу на ділянки болю, так звані тригерні точки [3]. Для цього використовуються м'ячі (одинарні та здвоєні) та спеціальні роли, або циліндри.

Термін «тригерна точка» було введено Джанет Тревел у 1942 році. Вона

припустила, що міофасціальний больовий синдром виникає через надмірну напругу певної ділянки м'язів [3].

Тригерна точка – це невелика область або зона наддратівливості тканин. Ці точки можна відчувати тому, що при болю в м'язах у певних точках больовий синдром особливо виражений. При пальпації враженої зони виразно відчувається маленьке м'язове ущільнення розміром з горошину, що вказує на те, що це вузол ущільнення у м'язовому волокні.

У такому вузлі значно погіршується мікроциркуляція крові, тому клітини цієї зони позбавлені кисню і поживних речовин, а спазм м'язів призводить до скупчення в клітинах продуктів розпаду, через що і виникає сильний біль [3].

Цікавим є той факт, що в місці тригерних точок м'язові волокна особливо стиснуті, отже, на сусідніх ділянках – надто розслаблені. В результаті м'язове волокно стає тугим і малорухомим, м'яз втрачає тонус, швидше втомлюється, дуже повільно відновлюється, уповільнюючи роботу сусідніх м'язів [3].

Показаннями до міофасціального релізу є:

- больові відчуття у м'язах після посилених тренувань;
- повільне відновлення м'язів після навантажень;
- м'язові спазми та болі у людей, які ведуть пасивний спосіб життя;
- гіпертонус м'язів;
- недостатня гнучкість суглобів (у певних видах спорту).

За своїм призначенням міофасціальний реліз спрямований не тільки на спортсменів. Його техніка та методика проведення дозволяє досягти позитивної динаміки здоров'я в усіх людей, які мають проблеми з поставою та опорно-руховим апаратом загалом.

Особливо дієвим він буде ще й тим, хто працює на сидячій роботі та регулярно відчуває дискомфорт у спині, попереку, шиї.

Механічна дія масажера у вигляді рола усуває спайки фасцій з м'язами, сприяє посиленню кровотоку у болючій ділянці, що призводить до підвищення еластичності стінок судин та поліпшення живлення клітин. Але це достатньо жорсткий пристрій, використання якого надає неприємні больові відчуття. Як

що ж його замінити тенісним м'ячем, то ці відчуття будуть значно щаднішими.

Самомасаж тенісним м'ячем, як різновид такого локального інструментального масажу добре зарекомендував себе у боротьбі з багатьма недугами. Ним з успіхом можна усунути м'язову напругу, полегшити головний біль внаслідок перетискання кровоносних судин і нервів у шії.

Тенісний м'яч щільний, але покритий м'якою тканиною, його легко використовувати для проведення локального або точкового масажу. Масажувати тенісним м'ячем найкраще поклавши його на тверду поверхню. На занадто м'якому покритті м'ячик провалюватиметься і не надасть належного натискання на тригерну (болючу) зону.

Така техніка полягала в наступному.

Людина встановлює м'яч чи рол на жорстку поверхню, наприклад, підлогу чи стіну.

Притуляється до м'яча або рола тієї області, яку він хоче пропрацювати.

За допомогою ваги власного тіла людина виконує плавні повільні рухи в тій ділянці, де відчувається дискомфорт або біль. Їх напрямом може бути як вздовж, так і поперек м'язового волокна, проте слід уникати зон, де відчутно виступають кістки та суглоби. Опрацьовувати варто лише м'які тканини.

Тривалість такого масажу має становити близько однієї хвилини на кожен масажовану ділянку. Під час міофасціального релізу можуть виникати болючі відчуття, що є абсолютно нормальним явищем.

В своїй роботі ми починали з масажу долонь рук. Його проводили у вихідному положенні сидячи. М'язи розслаблені. Катили м'яч рукою від основи долоні до пальців і навпаки. Поклавши на нього м'ячик іншу долоню іншої руки, повторювали цей рух.

Далі масажували підшви ступенів.

Вихідне положення - стоячи. Тримаючись за спинку стільця, м'яч поміщали під підшву правої ступні. Далі повільно починали катати м'ячик вправо-вліво, назад-вперед. Спочатку це проводилось повільно, потім поступово збільшували темп рухів. Виконували вправу близько 2 хвилин, після

чого масажували підошву іншої стопи.

Таким чином виконували 5 підходів.

Потім проводили самомасаж шії. Для цього сідали на край стільця, при цьому спину тримали прямо. Тенісний м'яч брали у праву руку, а голову повертали праворуч. Після цього обережно натискали м'ячем на лівий бік шії, поки не відчувалась напруга її м'язів. Потім повільно повертали голову вліво. Повернувшись у вихідне положення, міняли руку та сторону шії, яку масажували.

Дали масажували поперековий відділ спини. Поклавши м'яч під тулуб на рівні талії і перекочували його навколо куприка, поки не відчували зону найбільшої хворобливості. Цьому місцю приділяли особливої уваги. Лежали на м'ячику доти, доки біль не починала стихати. Це тривало приблизно 20-60 секунд.

Наступним проводили самомасаж спини. Для цього ставали спиною до стіни, поміщали м'яч між лопаток. Відсунувши стопи від стіни приблизно на 40 см, руки піднімали вгору. Злегка згинаючи і розгинаючи колінні суглоби, катали м'ячик уздовж спини. Такі рухи повторювали 10 разів. Потім теж саме виконували опустивши руки у низ продовжуючи утримувати м'яч спиною, і катали його в різні боки. Повторювали ще 10 разів.

Таким чином далі масажували потиличну зону. Поклавши м'яч під голову в області потилиці і катали його доти не відчували ослаблення м'язової напруги.

Потім переходили до масажу рук. Для цього м'ячик клали у ганчірковий мішечок або простий бавовняний шкарпетку. Це необхідно, щоб він не покотився під час занять. Станаючи на коліна, м'яч поміщали під руку (у зоні від ліктя до кисті). Долоня руки спрямовувалась вгору. Починали легенько катати м'яч від зап'ястку до ліктя і назад. Продовжували протягом 2 хвилини, потім перевертали руку долонею вниз і катали м'яч ще 2 хвилини. Після цього те ж саме виконували іншою рукою.

Висновки. Таким чином, проведений аналіз науково-методичної літератури вказав, що гра Шаффлборд навантажує м'язи поясу верхніх та

нижніх кінцівок, а після гри або турніру у осіб, особливо старшого віку спостерігається напруження та втома.

Існує багато методів і методик масажу, серед яких самомасаж тенісним м'ячем з успіхом вирішував завдання, спрямовані на усунення залишкового гіпертонусу м'язів, які приймали активну участь у грі у Шаффлборд.

Дана методика не потребує опановування різними прийомами самомасажу і виявила себе як ефективний засіб усунення м'язової напруги прися фізичного навантаження.

Перспективи подальших досліджень: розробка та втілення техніки і методики проведення взаємомасажу у тренувальний процес гравців у Шаффлборд.

Література

1. Адаптивне фізичне виховання : навч. посібник. Уклад.: Осадченко Т.М., Семенов А.А., Ткаченко В.Т. Умань : ВПЦ «Візаві». 2014. 210 с.
2. Єфіменко П.Б. ,Техніка та методика класичного масажу. Харків «ОВС». 2007. 216 с.
3. Майерс Томас. Фасциальный релиз для структурного баланса. Київ:Форс Україна, 2020. - 320 с.
4. <https://www.blackroll.com.ua/blogs/blog/chtotakoe-miofascialnyy-reлиз-i-zachem-on-nuzhen>
5. <https://www.bsmu.edu.ua/blog/miofasczialnyj-reлиз-yak-neobhidna-umova-dlya-zberezheniya-zdorovya-suchasnoyi-lyudyny/>
6. <https://jak.koshachek.com/articles/zrozumiti-ci-pravila-shafflbord-vsesvitno-vidomij.html>.

References

1. Adaptivne fizychnе vykhovannia : navch. posibnyk. Uklad.: Osadchenko T.M., Semenov A.A., Tkachenko V.T. Uman : VPTs «Vizavi». 2014. 210 s.
2. Iefimenko P.B. ,Tekhnika ta metodyka klasychnoho masazhu. Kharkiv. «OVS». 2007. 216 s.

3. Maiers Tomas. Fastsyalnyi relyz dlia strukturnoho balansu. Kyiv : Fors. Ukraina, 2020. - 320 s.
4. <https://www.blackroll.com.ua/blogs/blog/chto-takoe-miofastsialnyy-reлиз-i-zachem-on-nuzhen>.
5. <https://www.bsmu.edu.ua/blog/miofasczialnyj-reлиз-yak-neobhidna-umova-dlya-zberezhennya-zdorovya-suchasnoyi-lyudyny/>.
6. <https://jak.koshachek.com/articles/zrozumiti-ci-pravila-shafflbord-vsesvitno-vidomij.html>.

Відомості про автора

Рубан Валерія Олександрівна: магістрантка; Харківська державна академія фізичної культури, Україна; Інститут спорту та фізичної культури Університету економіки в Бидгощі, Польща.

Єфіменко Павло Богуславович: кандидат педагогічних наук, професор; Харківська державна академія фізичної культури, Україна.

МАСАЖ ПРИ УШКОДЖЕННІ КАПСУЛЬНО-ЗВ'ЯЗКОВОГО АПАРАТУ КОЛІННОГО СУГЛОБА

Романна Руденко, Назарій-Михайло Живущак

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

Анотація. Систематизовано дані фізичної терапії осіб з ушкодженням капсульно-зв'язкового апарату колінного суглоба. Доповнено інформацію щодо застосування масажу. Обґрунтовано прийоми сполучнотканинного масажу та їх мету, фізіологічний вплив на системи організму.

Ключові слова: зв'язки, колінний суглоб, масаж, фізична терапія.

Abstract. The data on physical therapy of persons with damage to the capsular-ligamentous apparatus of the knee joint have been systematized. Added information on the use of massage. The methods of connective tissue massage and their purpose, physiological effect on body systems are substantiated.

Key words: ligaments, knee joint, massage, physical therapy.

Вступ. Зважаючи на складність своєї анатомічної будови і біомеханіки колінний суглоб серед усіх великих суглобів пошкоджується найбільш часто і має схильність до значного ризику посттравматичних ускладнень. Більше 70% кістково-м'язових уражень припадає саме на колінний суглоб (А. О. Бражнюк, 2018). Нестабільність колінного суглоба може виникати в різних умовах, при різних фізичних навантаженнях і рухах. Більшість функціональних порушень пов'язані як і з передопераційними пошкодженнями структур колінного суглоба, так і з безпосередньою реакцією організму на операційне втручання, наступне обмеження рухливості, і з особливостями протікання репаративних процесів у післяопераційному періоді (А. А. Коструб, 2015). Велике значення в розробці методів лікування капсульно-зв'язкового апарату колінного суглоба мають артроскопічні хірургічні втручання, а найбільш прогресивним методом відновлення його функцій, на сьогодні, є реконструкція. Такі операції дозволяють не лише зберегти нормальну біомеханіку колінного суглоба, але й запобігти ранньому розвитку посттравматичного гонартрозу. Більшість функціональних порушень, які спостерігаються при пошкодженнях зв'язок

колінного суглоба – це рухові розлади, котрі знижують опороздатність нижньої кінцівки внаслідок акінезії, гіпокінезії та місцевих структурних змін у тканинах (В. А. Левченко, 2010). Одним із заходів, який в змозі покращити результати лікування хворих при пошкодженні капсульно-зв'язкового апарата колінного суглоба, може стати впровадження чітких поетапних дій фізичної терапії (Н.Б. Цикунов, 2014). Ефективність фізичної терапії залежить від правильної оцінки функціональних порушень, які потребують корекції після проведення артроскопічного оперативного втручання.

Засоби фізичної терапії, зокрема застосування масажу, дозволяють за короткий час знизити больовий синдром, збільшити амплітуду рухів, поступово підвищити навантаження на пошкодженій суглоб, повністю або частково повернутися до активної трудової діяльності, пристосуватися до повсякденного життя (G.L. Samanho, 2010). У зв'язку з цим вдосконалення традиційних методик з масажу для осіб з ушкодженням капсульно-зв'язкового апарату колінного суглоба продовжує залишатися актуальним завданням.

Мета дослідження – вивчити, в порівняльному аспекті, клінічну ефективність застосування масажу, виявити реабілітаційні можливості й особливості механізму дії.

Завдання дослідження.

Провести аналіз науково-методичної літератури з проблеми фізичної терапії осіб з ушкодженням капсульно-зв'язкового апарату колінного суглобу.

Розробити практичні рекомендації до застосування масажу для осіб з ушкодженням капсульно-зв'язкового апарату колінного суглоба.

Методи дослідження. Дослідження ґрунтується на аналізі та узагальненні науково-теоретичних і методичних джерел з проблеми фізичної терапії осіб з ушкодженням капсульно-зв'язкового апарату колінного суглоба (системний аналіз, контент-аналіз).

Хід дослідження та обговорення результатів. Зв'язки це сполучнотканинні, волокнисті утворення у вигляді пучків, тяжів, смуг. Вони є складовою частиною суглоба. Вони призначенні пасивно утримувати суглобові

кінці в межах певної амплітуди руху. У структурі зв'язок відсутні еластичні волокна, тому вони позбавлені можливості розтягуватися [5, 6]. Але в лікарняній практиці і літературі ще з давніх давен використовується термін «розтягнення зв'язок». Ушкодження зв'язок мають два чітко вираженні клінічні прояви: розтягнення і розрив. Ушкодження зв'язок посідає друге місце (після забоїв) серед травм опорно-рухового апарату і найчастіше відбувається під час активних рухів, коли в суглобі здійснюється раптовий різкий надмірний рух, що переважає фізіологічний обсяг (амплітуду) [5, 8]. Залежно від сили цього руху розриваються окремі фіброзні волокна, але сама зв'язка залишається цілою, стабільність суглоба не порушується. При розривах повністю порушується цілість зв'язки або виникає відрив її у місці прикріплення. Найчастіше виникають ушкодження зв'язок надп'яtkово-гомiлkового, колiнного, променево-зап'яtkового суглобiв та мiж фалангових суглобiв пальцiв [3, 7].

Початок формування техніки масажу належить до глибокої давнини. Прийоми масажу доповнювали, удосконалювали, детальніше описували, що сприяло формуванню класичної методики масажу. Техніку класичного масажу описано в багатьох виданнях, які в теперішній час належать до раритетних. Зокрема, техніку прийомів масажу описали А. Рейбмаєр (1894), А. Гофф (1910), І. Каллістов (1928), І. М.Саркізов-Серазіні (1947, 1963). Ґрунтуючись на визначеннях цих авторів, техніку прийомів масажу з часом доповнювали та удосконалювали. Практичні рекомендації із застосування прийомів масажу висвітлено в методичних виданнях А. А. Бірюкова, Т. В. Бойчук, Л. І. Гриневича, М. В. Степашко, М. В. Вакуленка, П. Б. Єфіменка, Р. Є. Руденко.

На думку І. М. Саркізова-Серазіні, немає потреби в безпідставному намаганні деяких авторів ускладнювати назву і видозмінювати прийоми масажу. Так, А. Є. Штеренгерц зазначає, важливо не вигадувати нові прийоми, а розробляти окремі методики масажу, беручи за основу відомі прийоми класичного масажу. Методики масажу будуть різні відповідно до виду, мети, завдань [10].

Під час виконання масажної процедури для осіб з ушкодженням капсульно-зв'язкового апарату колінного суглоба рекомендується масувати всі частини нижньої кінцівки. Мета проведення масажу: покращення крово- та лімфообігу, зменшення м'язової напруги, стимуляція циркуляції синовіальної рідини; попередження утворення набряків, зморщування суглобових сумок, зміни і пошкодження хрящової тканини; зміцнення суглобово-зв'язкового апарату і сухожилля [4, 9]. Під час масажу стегна виконують погладжування, витискання, розминання, розтирання, ударні прийоми, потрушування. Кожний прийом масажу має свою специфічну фізіологічну дію на окремі системи й організм у цілому.

Масаж колінного суглоба (сполучнотканинний масаж): погладжування, розтирання, рухи у суглобі (пасивні, активні, активно-пасивні). Усі рухи на колінному суглобі виконують плавно, без ривків і особливих зусиль. Розтирання застосовують на суглобах, сухожиллях, фасціях, зв'язках, на ділянках, недостатньо насичених кров'ю. Розтирання робиться енергійно, зі значним натиском на масажовані тканини. Температура масажованої ділянки в такому разі може підвищуватися на 2–4°C, а якщо розтирання робити на одному місці для зігрівання цієї ділянки, то навіть на 5°C [7]. Зміщення й розтягування тканин у різних напрямках, характерні для розтирання, викликають подразнення рецепторів, які є у тканинах, а також рецепторів кровоносних судин і прискорює в них кровообіг. До тканин надходить більше кисню, хімічно активних речовин, швидше виводяться продукти обміну. У разі пошкоджень розтирання сприяє швидкому розсмоктуванню затвердіння, патологічних відкладень і скупчень рідини у тканинах, особливо в ділянці суглобу. За допомогою розтирання збільшується рухливість у суглобах, сила й витривалість м'язів [3; 4]. Розтирання звичайно поєднують із погладжуванням і рухами м'язів. Розтирання — це основний прийом, коли необхідно швидко зігріти будь-яку ділянку тіла, поліпшити рухливість у суглобі. Це найдійовіший прийом під час набряків, накопичень рідини в суглобах, у всіх випадках, коли треба посилити місцевий вплив продуктів розпаду [1].

Рухи у колінному суглобі поліпшують крово- і лімфообіг, а також секрецію синовіальної рідини. Вони добре впливають на опорно-руховий апарат. Усі рухи поділяють на активні, пасивні й рухи з опором. Активні рухи у колінному суглобі виконують зусиллям волі, без участі зовнішньої сили. Активні рухи мають великий вплив на м'язи, зв'язково-суглобовий апарат, а також на загальний стан організму. Їх застосовують, коли необхідно активізувати діяльність центральної або периферичної нервової системи, зміцнити ослаблений м'язовий апарат після захворювань. Активні рухи треба виконувати перед масажем. Рухи з опором у колінному суглобі це коли м'язи і зв'язковий апарат переборюють опір масажиста (коли рух виконує масажист). За допомогою рухів із переборюванням можна дозувати навантаження і вправляти кожну м'язову групу, що має велике значення в практиці масажу [1, 7]. Опір має відповідати силі м'яза під час його скорочення, тож на початку рух має бути слабким, потім посилювати і в кінці рух знов послаблювати. Пасивні рухи це рухи, що виконують під впливом зовнішньої сили (наприклад, можна руками зігнути ногу в колінному суглобі). Їх роблять після глибокого масажу м'язів і суглобів. Масажований має бути максимально розслабленим і займати зручне положення. Перед тим як розпочати пасивні рухи, масажист має за допомогою активних рухів визначити амплітуду в суглобі. Рухи виконують поволі, з поступовим доведенням амплітуди до максимальної. Заборонено виконувати їх різко та застосовувати зайву силу. Критерієм сили є легке больове відчуття в м'язі чи суглобі. Суглоби та м'язи мають бути попередньо підготовлені за допомогою прийомів розтирання й розминання (відповідно вище і нижче від суглоба). При ушкодженні капсульно-зв'язкового апарату колінного суглоба пасивні рухи успішно застосовують у лікуванні тугорухливості суглобів (після травм, захворювань і хірургічних втручань), у разі укорочень зв'язкового апарата, м'язових контрактур, відкладенні солей [1, 2]. Під впливом пасивних рухів швидше ліквідуються ексудати, розсмоктуються крововиливи, збуджується скорочувальна функція м'язових волокон, відбувається профілактика патологічних змін унаслідок

довготривалого спокою, поліпшується еластичність м'язів тощо. Форма колінного суглобу зумовлює спрямованість і амплітуду рухів.

Висновки. За оглядом літературних джерел було доведено, що застосування масажу, як засобу фізичної терапії, притаманне дотримання принципів своєчасності, адекватності, індивідуального підходу і комплексності. Ми встановили, що при ушкодженні капсульно-зв'язкового апарату колінного суглоба масажують усі ділянки нижньої кінцівки, покращуючи при цьому стан м'язів, обмінні процеси у суглобах, прискорюючи відновлення рухливих функцій.

У подальших дослідженнях передбачено розробити методику масажу у різні періоди застосування програми фізичної терапії при ушкодженні капсульно-зв'язкового апарату колінного суглоба.

Література

1. Бражанюк А. А. Фізична реабілітація спортсменів з пошкодженнями передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглобу після артроскопічної операції / А. А. Бражанюк // Молодий вчений. – 2018. – № 3 (55). – С. 163–166.
2. Герцик А., Тиравська О. Пацієнт як підсистема фізичної реабілітації при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату. Спортивна наука України. 2016. – № 3. – С. 32-41.
3. Єфіменко П.Б. Спортивний масаж, як засіб збереження форми спортсмена під час консервативного лікування та фізкультурно-спортивної реабілітації після травм колінного суглоба / П.Б. Єфіменко, Б.А. Пустовойт, О.П. Каніщева. Актуальні проблеми сучасного масажу : зб. наук. пр. XIII міжнародної науково-практичної інтернет-конференції. – Харків, 2022. - С. 16-22.
4. Кирилюк В.В., Сітовський А.М. Лікувальний масаж при захворюваннях та травмах опорно-рухового апарату: методичні рекомендації. Луцьк, 2022. - 45 с.
5. Матюшенко Д. О., Хаймик Н. В., Мозоль А. О., Ковтун А. В. Патології суглобів з точки зору реабілітаційної медицини : проблеми та перспективи.

Молодий вчений. – 2017. – № 4(44). С. 208-211.

6. Мухін В. М. Фізична реабілітація в травматології : монографія / В. М. Мухін. - Л. : ЛДУФК, 2015. - 428 с.

7. Руденко Р. Є. Масаж : навч. посіб. – Львів : Сплайн, 2013. 304 с.

8. Руденко Р.Є. Фізична реабілітація спортсменів з інвалідністю : монографія / Романна Руденко. – Львів : ЛДУФК, 2021. – 336 с.

9. Цикунов М.Б. Програма реабілітації при пошкодженні хрящових і капсульно- зв'язочних структур колінного суглоба. /Методичні рекомендації / К.: Вісник відновлювальної медицини, 2014. – №3. – С. 3-7.

10. Rudenko R. Improvement of the massage curriculum for the future physical therapists. In: Proceedings of the 4th EMUNI Higher Education & Research Conference: Brdo pri Kranju, Slovenia; 2013, S. 47–52.

References

1. Brazhanyuk A.A. (2018). Fizychna reabilitatsiya sport·smeniv z poshkodzhennyamy peredn'oyi khrestopodibnoyi zv"yazky kolinnoho suhlobu pislya artroskopichnoyi operatsiyi / A. A. Brazhanyuk // Molodyy vchenyy. № 3 (55). – S. 163–166. [in Ukrainian].

2. Hertsyk A., Tyravs'ka O. (2016). Patsiyent yak pidsystema fizychnoyi reabilitatsiyi pry porushennyakh diyal'nosti oporno-rukhoveroho aparatu. Sportyvna nauka Ukrayiny. № 3. – S. 32-41. [in Ukrainian].

3. Yefimenko P.B. (2022). Sportyvnyy masazh, yak zasib zberezhennya formy sport·smena pid chas konservatyvnoho likuvannya ta fizkul'turno-sportyvnoyi reabilitatsiyi pislya travm kolinnoho suhloba / P.B. Yefimenko, B.A. Pustovoyt, O.P. Kanishcheva. Aktual'ni problemy suchasnoho masazhu : zb. nauk. pr. XIII mizhnarodnoyi naukovo-praktychnoyi internet-konferentsiyi. Kharkiv, 2022. S. 16–22. [in Ukrainian].

4. Kyrylyuk V.V., Sitovs'kyu A.M. (2022). Likuval'nyy masazh pry zakhvoryuvannyakh ta travmakh oporno-rukhoveroho aparatu: metodychni rekomendatsiyi. Luts'k, 2022. – 45 s. [in Ukrainian].

5. Matyushenko D. O., Khaymyk N. V., Mozol' A. O., Kovtun A. V. (2017).

Patolohiyi suhlobiv z tochky zoru reabilitatsiynoyi medytsyny : problemy ta perspektyvy. Molodyy vchenyy. – 2017. – № 4(44). S. 208-211. [in Ukrainian].

6. Mukhin V.M. (2015). Fizychna reabilitatsiya v travmatolohiyi : monohrafiya / V. M. Mukhin. – L. : LDUFK, 2015. – 428 s. [in Ukrainian].

7. Rudenko R. YE. (2013). Masazh : navch. posib. – L'viv : Splayn, 2013. 304 s. [in Ukrainian].

8. Rudenko R.YE. (2021). Fizychna reabilitatsiya sport·smeniv z invalidnistyu : monohrafiya / Romanna Rudenko. – L'viv : LDUFK, 2021. – 336 s. [in Ukrainian].

9. Tsykunov M.B. (2014). Prohrama reabilitatsiyi pry poshkodzhenni khryashchovykh i kapsul'no-zv'yazochnykh struktur kolinnoho suhloba. / Metodychni rekomendatsiyi / K.: Visnyk vidnovlyuval'noyi medytsyny, 2014. – №3. – S. 3-7. [in Ukrainian].

10. Rudenko R. Improvement of the massage curriculum for the future physical therapists. In: Proceedings of the 4th EMUNI Higher Education & Research Conference: Brdo pri Kranju, Slovenia; 2013, s. 47–52.

Відомості про авторів

Руденко Романна Євгеніївна: кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент; Львівський державний університет фізичної культури, імені Івана Боберського, Україна.

Живущак Назарій-Михайло Васильович: магістрант; Львівський державний університет фізичної культури, імені Івана Боберського, Україна.

МОБІЛІЗАЦІЯ СУГЛОБІВ ЗА МЕЙТЛАНДОМ ТА МАСАЖ ПРИ ТРАВМАХ ОПОРНО- РУХОВОГО АПАРАТУ

¹Ольга Свєрчкова, ^{1,2}Віктор Литовченко, ^{1,2}Євгеній Гарячий,
³Владислав Гребеник

¹Харківська державна академія фізичної культури, Україна

²Харківський національний медичний університет, Україна

³Медичний центр «IASO», Швейцарія

Анотація. Робота присвячена питанню мобілізації суглобів за Мейтландом та масажу як методам відновлення амплітуди руху. Охарактеризовано основні принципи концепції Мейтланда та масажу.

Ключові слова: мобілізація, масаж, суглоб, амплітуда.

Abstract. The work is devoted to the issue of joint mobilization according to Maitland and massage as methods of restoring range of motion. The main principles of Maitland's concept and massage are described.

Key words: mobilization, massage, joint, amplitude.

Вступ. Згідно зі Стандартом першого бакалаврського рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» фахівці повинні оволодіти такими засобами реабілітаційного впливу як мобілізація суглобів та масаж при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату [3]. Аналіз науково-методичної літератури у галузі реабілітаційно-відновного лікування показав наявність науково-доказових технік мобілізації суглобів за різними авторами: Калтенборном, Мейтландом, Малліганом. Концепція мануальної терапії за Мейтландом є золотим стандартом у реабілітаційно-відновному лікуванні травм та захворювань кістково-м'язової системи. Вперше була описана австралійським терапевтом Джеффри Дугласом Мейтландом в 1962 р. Сьогодні техніка стала невід'ємною складовою в роботі фізичних терапевтів [5, 7]. Ручний масаж нормалізує м'язовий тонус, поліпшує рухливість капсули, зв'язок, параартикулярних тканин. Його впливу доступні більшість структур, які можуть лімітувати рухливість суглоба, за винятком суглобових поверхонь [1].

Метою нашого дослідження є охарактеризувати концепцію мобілізації

суглобів за Мейтландом та масаж як методи відновлення амплітуди рухів.

Матеріал і методи дослідження: аналіз та узагальнення сучасної науково- методичної літератури.

Результати дослідження. Мобілізація суглобів - це техніка мануальної терапії, яка використовується для збільшення діапазону рухів і зменшення болю. Проаналізувавши літературні дані, визначено що фахівцями описано три типи мобілізації суглобів: коливання, стійкі мобілізації та маніпуляції. Коливальні мобілізації суглобів - це повторювані пасивні рухи різної амплітуди та, як правило, з низькою швидкістю. Вони застосовуються в різних частинах доступного діапазону рухів суглобів і мають швидкість і амплітуду, які контролює пацієнт, щоб зупинитися. Тривала мобілізація суглобів – це рухи типу тяги, які можуть просто зменшити стискаючі сили на суглоб. На відміну від маніпуляцій, це додаткова техніка мануальної терапії, яка передбачає раптовий високошвидкісний поштовх типу руху малої амплітуди на межі доступного руху. Як правило, мобілізація суглобів зосереджена на синовіальних суглобах. Розрізняють два типи руху суглобів: остеокінематичні та артрокінематичні. Остеокінематичні рухи - це рухи кісток, які викликають фізіологічні або довільні рухи. Артрокінематичний рух, також відомий як допоміжний рух, - це рух, який відбувається між поверхнями суглобів і необхідний для нормального діапазону рухів суглоба, але не може виконуватися довільно. Мобілізація суглоба може сприяти будь-якому з 5 артрокінематичних рухів: ковзання, обертання, скручування, витягання або стискання [4, 8].

Ф. Калтенборн створив теорію, згідно якої повна амплітуда пасивного руху у синовіальному суглобі є можливою лише при наявності так званих додаткових суглобових рухів: ковзання, обертання, витягання, стискання. Це нефізіологічні малоамплітудні рухи, що перебувають поза вольовим контролем пацієнта і можуть бути виконані тільки фізичним терапевтом [1].

Техніка Мейтланда також використовує пасивний артрокінематичний рух у суглобі. Він розрізняє мобілізацію та маніпуляцію, а його техніка зосереджена

на коливальній мобілізації суглобів. Використовуються різні частоти та амплітуди рухів залежно від мети мобілізації та толерантності пацієнта до рухів суглоба з метою полегшення скутості або болю синовіального суглоба [1, 4].

Мобілізація з рухом (MWM) — це додаткова техніка мануальної терапії, яка застосовує стійке допоміжне ковзання периферичного суглоба, тоді як рух, який зазвичай викликає біль, виконується активно або пасивно. Малліган припускає, що MWM виправляє позиційну помилку суглоба, яка виникає після травми або розтягнення [4].

Принципи техніки за Мейтландом. Показаннями до мобілізації суглобів є біль, м'язовий спазм, блокада, оборотна гіпомобільність суглобів та функціональна контрактура.

Необхідно визначити:

- напрямок мобілізації (повинен бути клінічно обґрунтований фізичним терапевтом і відповідати встановленому діагнозу. Не всі напрямки будуть ефективними при будь-якій дисфункції);

- бажаний ефект (якого ефекту від мобілізації бажає досягти фізичний терапевт: полегшити біль чи розтягнути скутість?);

- вихідна позиція пацієнта і фізичного терапевта (важлива, щоб зробити реабілітаційне втручання ефективним і комфортним);

- метод застосування (положення, діапазон, амплітуда, ритм і тривалість техніки);

- очікувана реакція (у пацієнта не має бути болю або має бути збільшений діапазон рухів);

- як можна розвивати техніку (тривалість, частота, ритм).

Мейтланд описав п'ять ступенів фізіологічних і допоміжних рухів суглобів, які використовуються для мобілізації. Швидкість, коливання та амплітуда руху описують ступінь сили та швидкість руху, які використовуються під час будь-якого рівня мобілізації, таким чином (рис. 1.):

1 ступінь – невелика амплітуда, яка виконується в межах супротиву;

2 ступінь – велика амплітуда, але також виконується в межах супротиву;

- 3 ступінь – велика амплітуда, але вже виконується з супротивом;
- 4 ступінь – невелика амплітуда, виконується також із супротивом;
- 5 ступінь – високошвидкісний рух, виконується з супротивом – маніпуляція.

Oscillations

Oscillations (Maitland)

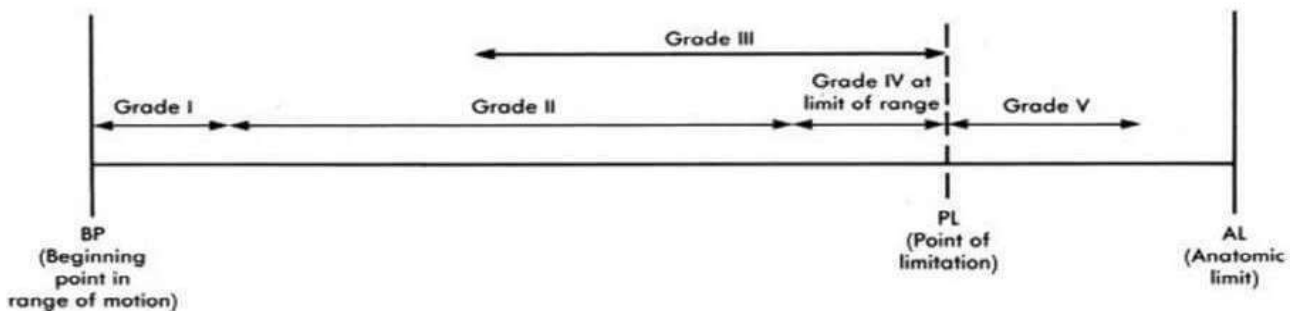


Рис. 1. Ступені мобілізації за Мейтландом.

Мейтланд також розробив шкалу оцінювання, використовуючи 5 ступенів руху.

Вибір напряму мобілізації є невід'ємною частиною забезпечення бажаного клінічного результату. Саме тут важливо знати анатомію та біомеханіку суглоба.

Напрями мобілізації: передньо-задній; задньо-передній; поздовжньо у напрямку до голови; поздовжньо у напрямку до ніг; дистракція суглоба; медіальний глайд (ковзання); латеральний глайд [4, 6].

Єфіменко П.Б. (2021) зазначає, що для відновлення рухливості суглоба після травм застосовують основний масаж. У залежності від клініко-функціонального стану пацієнта та періоду застосування засобів фізичної терапії застосовують певні масажні прийоми, також у поєднанні з різними рухами [2].

Дискусія / Висновки. Фізичні терапевти широко використовуються для полегшення болю та покращення рухливості суглобів різні техніки мобілізації:

за Мейтландом, Малліганом, Калтенборном. В кожній техніці є певні відмінності. Обмежуватись одним методом втручання не раціонально, більш ефективного відновлення втрачених функцій при порушеннях кістково-м'язової системи можна досягти застосовуючи комплексний підхід. Отже, питання застосування техніки мобілізації за Мейтландом у сполучення з масажем для відновлення рухливості суглоба є актуальним. Слід, перш за все, обирати науково-доказові методи втручання та враховувати клініко-функціональний стан та ступінь або рівень необхідної мобілізації.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з впровадженням техніки мобілізації за Мейтландом у поєднанні з масажем в програму фізичної терапії осіб після травматичних ушкоджень суглобів верхніх кінцівок.

Література:

1. Герцик А. Теоретико-методичні основи фізичної реабілітації / фізичної терапії при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату: монографія. Львів: ЛДУФК, 2018. 388 с. Режим доступу: <http://repository.ldufk.edu.ua/handle/34606048/19677>.
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. Стандарт бакалаврського рівня вищої освіти за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія». Київ: Міністерство освіти і науки України, 2018. 32 с.
4. Heiser, R, O'Brien, VH, Schwartz, DA. (2013). The use of joint mobilization to improve clinical outcomes in hand therapy: a systematic review of the literature. J Hand Ther, 26(4), 297-311. doi: 10.1016/j.jht.2013.07.004.
5. <https://rehabscience.ru/kontseptsiya-meitland-obzor-metodiki>
6. https://www.physio-pedia.com/Maitland%27s_Mobilisations
7. Li, LL, Hu, XJ, Di, YH, Jiao, W. (2022). Effectiveness of Maitland and Mulligan mobilization methods for adults with knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis. World J Clin Cases, 10(3), 954-965. doi: 10.12998/wjcc.v10.i3.954.
8. Rao, RV, Balthillaya, G, Prabhu, A, Kamath, A. (2018). Immediate effects of

Maitland mobilization versus Mulligan Mobilization with Movement in Osteoarthritis knee- A Randomized Crossover trial. J Bodyw Mov Ther, 22(3), 572-579. doi: 10.1016/j.jbmt.2017.09.017.

References

1. Hertsyk, A. (2018). Theoretical and methodological foundations of physical rehabilitation / physical therapy for musculoskeletal disorders. Lviv.
2. Standard of bachelor's level of higher education in specialty 227 «Physical therapy, occupational therapy». Kyiv: Ministry of Education and Science of Ukraine, 2018. 32 p.
3. Heiser, R, O'Brien, VH, Schwartz, DA. (2013). The use of joint mobilization to improve clinical outcomes in hand therapy: a systematic review of the literature. J Hand Ther, 26(4), 297-311. doi: 10.1016/j.jht.2013.07.004.
4. <https://rehabscience.ru/kontseptsiya-maitland-obzor-metodiki>
5. https://www.physio-pedia.com/Maitland%27s_Mobilisations
6. Li, LL, Hu, XJ, Di, YH, Jiao, W. (2022). Effectiveness of Maitland and Mulligan mobilization methods for adults with knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis. World J Clin Cases, 10(3), 954-965. doi: 10.12998/wjcc.v10.i3.954.
7. Rao, RV, Balthillaya, G, Prabhu, A, Kamath, A. (2018). Immediate effects of Maitland mobilization versus Mulligan Mobilization with Movement in Osteoarthritis knee- A Randomized Crossover trial. J Bodyw Mov Ther, 22(3), 572-579. doi: 10.1016/j.jbmt.2017.09.017.

Відомості про авторів

Сверчкова Ольга Володимирівна: кандидат наук з фізичного виховання та спорту; Харківська державна академія фізичної культури, Україна.

Литовченко Віктор Олексійович: доктор медичних наук, професор; Харківський національний медичний університет, Харківська державна академія фізичної культури, Україна.

Гарячий Євгеній Владиславович: кандидат медичних наук; Харківський національний медичний університет, Харківська державна академія фізичної культури, Україна.

Гребеник Владислав Дмитрович: фізичний терапевт; Медичний центр «IASO», Швейцарія.

ВПЛИВ МАСАЖУ ТА КІНЕЗІОТЕРАПІЇ НА РІВЕНЬ СПАСТИЧНОСТІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ

Ольга Усіченко, Віктор Литовченко

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. Зростання захворюваності на ішемічний інсульт обумовлює необхідність обґрунтування знань щодо розробки алгоритму введення пацієнтів після перенесеного інсульту, впровадження у практичну діяльність нових підходів до фізичної терапії у пізньому періоду ішемічного інсульту. Призначення сегментарно-рефлекторного масажу у сполученні з кінезіотерапією суттєво впливає на рівень спастичності.

Ключові слова: ішемічний інсульт, сегментарно-рефлекторний масаж, кінезіотерапії.

Abstract. The increase in the incidence of ischemic stroke necessitates the substantiation of knowledge regarding the development of an algorithm for the introduction of patients after a stroke, the introduction into practice of new approaches to physical therapy in the late period of ischemic stroke. The appointment of segmental-reflex massage in combination with kinesiotherapy significantly affects the level of spasticity.

Keywords: ischemic stroke, segmental-reflex massage, kinesiotherapy.

Вступ. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, в найближчі кілька років очікується зростання захворюваності на інсульт в країнах Європи, і до 2025 року цей показник зросте на 30%. Інсульт є однією з найсерйозніших форм пошкодження кровоносних судин головного мозку. В Україні склалася вкрай небезпечна ситуація, пов'язана з наслідками інсульту на відміну від багатьох інших країн.

В нашій країні інсульт значно випереджує злоякісні новоутворення та впевнено займає друге місце. У результаті інвалідизації працездатного населення, витрат на тривале лікування та реабілітацію цих хворих, інсульт вносить в економіку суспільства величезний збиток. Інсульт - захворювання з серйозними ускладненнями. Інсульти часто порушують рухові та мовленнєві

функції, одужання неможливо без належного реабілітаційного втручання. Тому це важлива медико-соціальна проблема. В пізньому відновному періоді основними засобами фізичної терапії є кінезіотерапія, масаж, фізіотерапевтичні процедури [4, 5].

Мета дослідження - оцінити вплив кінезіотерапії та масажу на рівень спастичності за шкалою Ашворда пацієнтів із ішемічним інсультом в пізньому відновному періоді.

Результати дослідження. Під спостереженням знаходилося 10 чоловіків від 42 до 54 років із ішемічним інсультом на пізньому відновному періоді. Хворі були за методикою випадкових чисел розділені на 2 групи – контрольну (КГ) та основну (ОГ) – по 5 осіб. Середній вік в основній групі склав $48,20 \pm 0,87$, а в контрольній – $47,50 \pm 0,80$ роки. За загальними характеристиками, наявністю супутньої патології основна та контрольна групи були однорідні. Первинне дослідження проводилось на початку тренувального рухового режиму, а повторне наприкінці режиму (через 24 дні).

Оцінку м'язової спастичності проводили за шкалою Ашворта. Середньостатистичні показники за шкалою спастичності Ашворда у загальній виборці хворих складав $2,01 \pm 0,78$ бала. Тільки 2 пацієнта отримали 1 бал і мали легке підвищення тону у вигляді супротиву або при згинанні, або при розгинанні кінцівки. 2 бали спостерігали у 3 пацієнтів, тобто підвищення тону у них було незначним, яке виникало після половини об'єму руху. У 5 пацієнтів показник спастичності за шкалою Ашворда відзначили помірне підвищення тону протягом усього руху без затруднення виконання пасивних рухів (рис. 1).

Чоловікам основної групи заходи фізичної терапії проводилися за модифікованою програмою, контрольної групи – за загальноприйнятими рекомендаціями МОЗ України. Заняття з пацієнтами проводили кожен день. Метод проведення занять: груповий та індивідуальний.

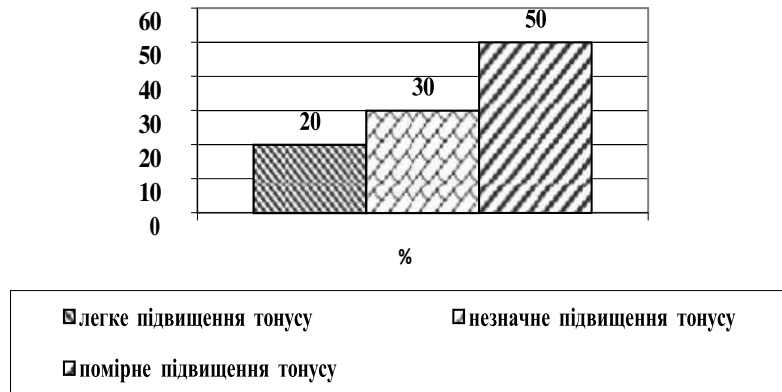


Рис. 1. Відсоткове співвідношення пацієнтів за рівнем спастичності за шкалою Ашворда.

Пацієнтам ОГ на заняттях з кінезіотерапії пропонували активні рухи в паретичної мускулатурі одночасно обома руками виконувати різноманітні рухи пальцями (розведення, згинання, зіставлення всіх пальців із першим пальцем, «пазурі», «щиглики» та ін.), захоплення пальцями великих гумових і пластмасових предметів (м'яча, губки та ін.); усілякі вправи для променезап'ясткового суглоба, включаючи пронацію та супінацію.

Активні рухи в суглобах кінцівок, функції яких не порушені, виконувати з повною амплітудою та багаторазовими повтореннями. Пасивні рухи необхідно було виконувати до активного скорочення м'язів паретичних кінцівок. Активні рухи - з полегшених вихідних положень або за допомогою фізичного терапевта, чергуючи з пасивними рухами.

Обов'язково виконувати вправи на розслаблення в поєднанні з дихальними вправами. Оскільки при видиху тонус м'язів трохи зменшується, необхідно було виконувати рухи кінцівками, тонус м'язів яких підвищений, разом із подовженим видихом. До занять були включені вправи на координацію (поєднання найпростіших, а потім більш складних рухів у всіх суглобах кінцівок). До занять були включені вправи у вихідному положенні стоячи: махові рухи верхніми кінцівками (погойдування розслабленою рукою назад і вбік); спільні рухи здоровою та хворою руками, що імітують рухи при ходьбі; спеціальні вправи для розслаблення хворої руки (погойдування, потрушування, чергування активного напруження і розслаблення); максимальні згинання

паретичної ноги в колінному і тазостегновому суглобах (з підніманням коліна); спроби поставити ногу на підвищення, напівприсідання з опорою руками на гімнастичну стінку.

Сегментарно-рефлекторний масаж, а саме масаж паравертебральних зон спинномозкових сегментів попереково-крижового відділу хребта, з якого здійснюється іннервація нижніх кінцівок. Завданням такого масажу є нанесення механічних подразнень на корінці спинномозкових нервів у місцях їх виходу з хребетного стовпа. Це сприяє наданню стимулюючого впливу на тканинні та фізіологічні процеси в рефлекторно пов'язаних тканинах нижніх кінцівок. Процедуру проводять в вихідному положенні масажованої людини лежачи на животі, під який підкладали невеличкий масажний валик.

Після погладжування масажованої ділянки послідовно проводили сполучнотканинний масаж такими прийомами: прямолінійне розтирання вдовж хребетного стовпа; розтирання штриховими рухами; розтирання ребрами долонь; розтирання «пилка ребрами долонь» як поперечно, так і подовжньо; розтирання спіралеподібно. І потім круговими розтираннями навколо кожного хребця, опрацьовували місця виходу корінців спинномозкових нервів. В подальшому «пилкою долонь» розтирали зони «Ромба Міхаеліса» у різних напрямках, приділяючи особливої уваги нижнім мемам криженя. На завершення проводили неперервну вібрацію паравертебральних зон масажованої ділянки. Тривалість такого масажу до 10-12 хвилин [1-3].

Динаміка середньостатистичних показників за шкалою спастичності Ашворда у загальній виборці хворих ОГ набула значення $3,1 \pm 1,2$ бали ($<0,05$), у пацієнтів КГ $2,6 \pm 0,85$ бали ($>0,05$) у порівнянні з первинним показником, який складав $2,01 \pm 0,78$ бали (табл. 1).

Таким чином, після розробленою програми фізичної терапії спостерігали зниження рівня спастичності, проте у пацієнтів ОГ зміни відбулися статично значущі.

**Динаміка відсоткового співвідношення пацієнтів ОГ (n=5) і КГ (n=5)
за рівнем спастичності за шкалою Ашворда, %**

Рівень тонусу	До програми	Після програми	
		ОГ X±m	КГ X±m
Легке підвищення тонусу	20	45	30
Незначне підвищення тонусу	30	40	35
Помірне підвищення тонусу	50	15	35

Висновки. Результати констатувального експерименту вказали на те, що у пацієнтів із ішемічним інсультом у пізньому відновному періоді за шкалою спастичності Ашворда спостерігається підвищений тонус у вигляді супротиву або при згинанні, або при розгинанні кінцівки. Заняття кінезіотерапією, які мали спрямованість на міофасціальний реліз, на рівновагу, на звисаючу стопу, пастуральну пропріорецепцію та сегментарно-рефлекторний масаж достовірно покращили показник рівня спастичності у пацієнтів ОГ ($p < 0,05$).

Література.

1. Єфіменко П.Б. Техніка та методика класичного масажу: навчальний посібник. - 2-е вид., перероб. і доп. Харків. ХНАДУ. 2013. 296 с.
2. 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.
3. Місюра В.Б., Єфіменко П.Б. Сегментарно-рефлекторний масаж при порушенні паттерну ходьби. Фізична культура, спорт і здоров'я: стан, проблеми та перспективи: збірник тез XXII Міжнародної науково-практичної конференції, 6-7 грудня 2022 року. Харків. С. 333-335.
4. Ревенько І. Л. Епідеміологія інсульту в Україні. Запорізький медичний журнал. 2010. Т. 12, № 3. С. 42–47.
5. Рубан Л., Місюра В. Фізична терапія постінсультних хворих в резидуальному періоді. Науковий часопис Національного педагогічного

університету імені М. П. Драгоманова. 2021. Серія 15. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт), (3(133)), 112-116. [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2021.3\(133\).22](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2021.3(133).22).

References

1. Yefimenko P.B. Technique and technique of classical massage: study guide. 2nd ed., revised. and additional Kharkiv. I'm looking for 2013. 296 p.

2. Yefimenko P.B., Kanishcheva O.P. "Features of rehabilitative massage for forearm muscle dysfunctions", Slobozhansk scientific and sports bulletin. Kharkiv. KhDAFC 2021. No. 2 (82). С 57-62.

3. Mysyura V.B., Yefimenko P.B. Segmental-reflex massage in case of impaired walking pattern. Physical culture, sport and health: state, problems and prospects: a collection of theses of the XXII International Scientific and Practical Conference, December 6-7, 2022. Kharkiv. P. 333-335.

4. Revenko I. L. Epidemiology of stroke in Ukraine. Zaporizhia Medical Journal. 2010. Vol. 12, No. 3. P. 42–47.

5. Ruban L., Misyura V. Physical therapy of post-stroke patients in the residual period. Scientific journal of the National Pedagogical University named after M.P. Drahomanov. 2021. Series 15. Scientific and pedagogical problems of physical culture (physical culture and sports), (3(133)), 112-116. [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2021.3\(133\).22](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2021.3(133).22) .

Відомості про авторів

Усіченко Ольга Юріївна: магістранта; Харківська державна академія фізичної культури, Україна.

Литовченко Віктор Олексійович: доктор медичних наук, професор; Харківська державна академія фізичної культури, Харківський національний медичний університет, Україна,.

МАНУАЛЬНІ МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ ХВОРИХ НА РАДИКУЛОПАТІЮ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА УСКЛАДНЕНУ ПРОТРУЗІЯМИ

Ярослав Філак, Фелікс Філак

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Анотація. Обстежено 30 осіб працездатного віку з радикулопатією поперекового відділу хребта. При дослідженні гнучкості хребта нахилом тулуба вперед у 100,0% пацієнтів виявлено обмеження рухливості у поперековому відділі. Доведена ефективність застосування мануальних методів корекції хворих на радикулопатію поперекового відділу хребта.

Ключові слова: лікувальний масаж, радикулопатія поперекового відділу хребта, постізометрична релаксація, гнучкість.

Abstract. 30 people of working age with radiculopathy of the lumbar spine were examined. When the flexibility of the spine was examined by bending the trunk forward in 100.0% of patients, mobility limitations in the lumbar region were found. The effectiveness of the use of manual methods of correction of patients with radiculopathy of the lumbar spine has been proven.

Key words: therapeutic massage, radiculopathy of the lumbar spine, postisometric relaxation, flexibility.

Вступ. В останні роки більш актуальним і сучасним є термін «радикулопатія», тому що не завжди при здавлюванні корінця в ньому є запалення. Радикулопатія ж означає порушення роботи нервового корінця внаслідок негативного впливу захворювань хребта. Причини різноманітні: надмірні перевантаження хребта, зниження рухової активності, вроджені дефекти хребта, травми внаслідок ударів, падінь, інфекції, переохолодження. За даними експертів ВООЗ, у розвинутих країнах захворювання досягає розмірів пандемій. Більшість хворих - це люди середнього, працездатного віку, яким хвороба не дає можливості реалізувати свій потенціал, погіршує якість життя.

Проведені дослідження показали, що понад 80% дорослого населення земної кулі відчуває біль у спині, має особистий (позитивний чи негативний) досвід лікування неврологічних проявів остеохондрозу хребта. Серед хворих, які страждають хронічними больовими синдромами, від 35% до 55%

спостережень складають пацієнти з поперековим остеохондрозом, який ускладнений протрузіями. З огляду на це стає зрозумілим, що остеохондроз поперекового відділу хребта є надзвичайно важливою медичною та соціально-економічною проблемою суспільства [1, 5].

Для клінічної картини характерний локалізований тупий ниючий біль в поперековій області. Іноді болі виникають гостро, які потім стають нестерпними, що іррадіюють по ходу нервових корінців. Для цього захворювання також характерні чутливі і рухові порушення в зоні іннервації ураженого корінця. До болю приєднуються гіпостезія (зниження чутливості) і парастезії - патологічні відчуття у вигляді похолодання, печіння, поколювання, повзання мурашок на шкірі кінцівок, грудної клітини або попереку [2, 4].

Ранній розвиток остеохондрозу з протрузіями має генетичну схильність, а виникнення його клінічних проявів передуює вплив ряду зовнішніх і внутрішніх факторів, а саме: механічні навантаження на весь хребет і локальні перевантаження окремих його відділів в побуті або на виробництві; температурний вплив; дію інфекційних агентів; аномалії розвитку хребта; особливості функціонування рухової системи; ожиріння. Протрузія диска – це патологічний стан, при якому міжхребцевий диск тисне на спинномозковий канал без розриву фіброзного кільця. За своєю природою протрузія — це дегенеративний розлад, який руйнує цілісність і анатомічно правильну структуру хребта. Формується цей стан через остеохондроз – хронічного незапального дегенеративного захворювання хребта.

Внаслідок вищезгаданих причин розвиваються дистрофічні зміни хребта з розвитком вогнищ дегенерації і деструкції. У відповідь в організмі розвивається незапальний процес, при якому продукти розпаду диска потрапляють в кров і сприймаються імунітетом як чужорідні. Постійно циркулюючи в крові, ці агенти вражають і здорові міжхребетні диски, запускаючи безперервну ланцюгову реакцію. На початковому етапі ці зміни не виявляються клінічними і не викликають у пацієнта больових відчуттів. Виявити їх можна тільки за допомогою [3].

Мета дослідження – удосконалити та науково обґрунтувати вплив лікувального масажу для осіб працездатного віку з радикулопатією

поперекового відділу хребта ускладненого протрузією в умовах поліклініки.

Завдання дослідження:

1. Обґрунтувати методику лікувального масажу у хворих на радикулопатію поперекового відділу хребта ускладненого протрузією.

2. Перевірити ефективність запропонованої методики масажу при радикулопатії поперекового відділу хребта ускладненого протрузією.

Результати дослідження: Нами проведено спостереження у 30 хворих на радикулопатію поперекового відділу хребта ускладненого протрузією віком 35-40 років, з них 20 чоловіків і 10 жінок. При поступленні на відновне лікування в поліклінічне відділення м. Ужгорода пацієнти були детально обстежені. На початку дослідження було проведено опитування хворих з метою збору скарг, анамнезу життя і хвороби. За даними опитування всі пацієнти скаржилися на гострий сильний біль при згинанні і розгинанні попереку, 72,0% хворих на ниючий біль у попереку після перебування в статичному положенні, іррадіацію болів в сідниці, нижню кінцівку на боці ураження відзначали 60,0% хворих, оніміння ноги, слабкість в кінцівках виявляли у 46,6. Середній показники болю за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) становив $7,8 \pm 1,3$ балів. При дослідженні рухливості (гнучкості) хребта з вихідного положення стоячи нахилом тулуба вперед у 100,0% пацієнтів з поперековою радикулопатією виявлено обмеження рухливості у поперековому відділі хребта. Серед них у 40,0 % хворих відстань від кінця III пальця до початку вимірювальної лінійки становила до 5 см; у 60 % пацієнтів – до 10 см.

При проведенні дослідження розгинання в поперековому відділі хребта з вихідного положення лежачи на животі також відзначається обмеження гнучкості хребта. Показники гнучкості хребта при розгинанні тулуба з положення лежачи на животі коливались з $31,0^\circ$ до $46,0^\circ$. Середні показники становили $39,3 \pm 7,5^\circ$. За даними комп'ютерної томографії виявлено дегенертивно-дистрофічні зміни в поперековому відділі хребта, циркулярно-дорзальне випячування (протрузії) міжхребцевого диска розміром 2-3 мм на рівні $L_3 - L_4$ та $L_4 - L_5$. В комплекс мануальних методів входили постізометрична релаксація, лікувальний масаж.

Постізометричну релаксацію (ППР) проводили з метою розтягування і

розслаблення м'язів нижніх кінцівок, що призводить до зняття гіпертонусу і зменшення больового синдрому. Постізометрична релаксація включала 2 фази впливу:

- ізометричне напруження м'язів нижніх кінцівок при спробі подолання пацієнтом помірної протидії руху протягом 7-10 секунд; .

- розслаблення м'язів пацієнтом і пасивне їх розтягнення в напрямку поздовжньої осі м'язів на видиху протягом 10-20 секунд. Процедуру повторювали 3-4 рази. На курс 10 процедур. Тривалість ППР 15 хвилин.

Лікувальний масаж застосували для зниження тону м'язів і збільшення скорочувальної здатності ослаблених; поліпшення крово- і лімфообігу, трофічних і регенеративних процесів; усунення невралгічних проявів остеохондрозу; підтримання рухливості хребта і працездатності пацієнтів. Процедури масажу розпочинали після того, як зник гострий біль. Проводили у положенні хворого лежачи на животі на кушетці, руки вздовж тулуба. Починали масаж зі спини з поверхневого погладжування, яке поступово переходило у площинне глибоке і обхоплююче погладжування двома руками або з обтяженням. Охоплюють погладжуванням також бічні поверхні тіла, зовнішні краї найширших м'язів. Також використовують граблеподібне, гребенеподібне погладжування. Розтирання поздовжнє, поперечне колове, зигзагоподібне, двома руками, а також з обтяженням. Кінчиками пальців - у циркулярних напрямках і штрихування в ділянці остистих відростків, крижів, внутрішнього краю і кута лопатки. Розтирання ліктьовим краєм кисті руки або основою долоні паравертебральних зон, гребенів клубової кістки, найширших м'язів спини та трапецієвидних м'язів. Гребенеподібне розтирання в поздовжньому і поперечному напрямках. Пересічення зовнішніх країв найширших м'язів спини і верхніх країв трапецієвидних м'язів та шиї. Потім проводили розминання поздовжнє і поперечне обома руками найширших м'язів спини. Надавлювання основою долоні в ділянці паравертебральних зон, найширших м'язів спини і трапецієвидних м'язів. Накочування, зсування, розтягування, при необхідності стиснення м'язів спини по всій поверхні. Для більш глибокої дії на м'язи вздовж хребта обидві руки розмістили на цю ділянку так, щоб пальці знаходилися під прямим кутом до великого пальця.

Надаючи достатній тиск, рухалися вздовж усього хребта, зміщуючи шкіру.

Вібрація - лабільна безперервна дія кількома пальцями вздовж прямих м'язів спини. у місцях виходу корінців спинномозкових нервів. Стабільна вібрація в зонах напруження м'язів. Потрушування, стрясання усієї спини або окремих її ділянок. Переривчаста вібрація: рубання, поплескування, шмагання м'яких м'язів спини, пунктування подушечками кінцевих фаланг пальців у ділянці остистих відростків і міжреберних проміжків. Потім переходили на масаж поперекової ділянки

Масаж поперекової ділянки також починали з поверхневого і глибокого площинного прогладжування. Масажні рухи виконували обома руками від крижів і клубових гребенів у напрямку до пахових лімфатичних вузлів. Потім, фіксуючи рівень X грудного хребця, ті ж самі рухи виконували спочатку паралельно до остистих відростків хребта, а потім у напрямку пахових впадин (тобто до пахових лімфатичних вузлів). Розтирання колове подушечками пальців, гребенеподібне тильною стороною зігнутих пальців всієї поперекової ділянки, пересічення бокових поверхонь попереку, пиляння. Розминання поперечне, надавлювання, накочування, зсування, розтягування використовували диференційовано залежно від стану пацієнта. Вібрація - лабільна безперервна обома руками. Переривчаста – поплескування, постукування, дозувати залежно від стану пацієнта.

Масаж сідничних м'язів виконували за ходом м'язових волокон великого сідничного м'яза, починаючи від крижів, куприка і гребенів клубових кісток до пахових лімфатичних вузлів. Застосовували площинне, обхоплююче з обтяженням погладжування, прямолінійне, колове, спіралевидне, гребенеподібне розтирання, а також штрихування, стругання, пиляння. Розминання – поздовжнє, поперечне надавлювання, зсування, розтягування, вібрація – плескування, постукування, струшування. Потім виконуються пасивні й активні рухи у кульшовому суглобі. При масажуванні ділянки тазу проводили погладжування, розтирання знизу вгору. Розтирання – колове з обтяженням, гребенеподібне, пиляння. Розминання – починали з поздовжніх осей, потім поперечних спочатку на одній, а потім на іншій масованій частині тіла, використовуючи надавлювання долонним краєм кисті, розтягування,

зсування. Вібрація – лабільна безперервна всієї поверхні тазу. Тривалість масажу 25 хвилин. На курс 15 процедур.

Після проведеного курсу мануальних методів лікування відзначалась позитивна динаміка клінічних показників. Найбільш виразними були зменшення та зникнення гострих болів в попереку. Ниючий біль у попереку після курсу масажу відзначали 20,0% пацієнтів, оніміння ноги, слабкість в кінцівках виявляли у 6,7% хворих. Середній показники болю за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) після курсу лікування зменшився з $7,8 \pm 1,3$ до $1,17 \pm 0,9$ балів. Також відзначалась позитивна динаміка рухливості хребта у поперековому відділі з вихідного положення основна стійка і нахил тулуба вперед. Обмеження згинання, а саме відстань від кінця III пальця до 5 см початку вимірної лінійки ми спостерігали у 3,3% хворих. Обмеження гнучкості в поперековому відділі хребта при вимірюванні відстань від кінця III пальця до 10 см в кінці курсу мануальних методів відзначали 13,3% пацієнтів.

Висновки:

Проведені дослідження окремих клінічних і функціональних показників стану опорно-рухового апарату у пацієнтів з радикулопатією поперекового відділів хребта з протрузією дисків показали, що найбільш характерними є зниження амплітуди рухів в поперековому відділі хребта, який відзначали 100,0% хворих, гострий сильний біль при згинанні і розгинанні попереку, який відзначали 72,0% пацієнтів.

Застосування мануальних методів відновного лікування хворих з радикулопатією поперекового відділів хребта з протрузією дисків 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. Корольчук А.П. Масаж загальний і самомасаж: навчально-методичний посібник для студентів факультету фізичного виховання і спорту / А.П. Корольчук, А.С. Сулима – Вінниця: 2018. – 124 с.

2. Остеохондроз поперекового відділу хребта, ускладнений грижами дисків: Підручник /Мачерет Є.Л., Довгий І.Л., Коркушко О.О. Т. 1. – К., 2006. – 256 с.

3. Остеохондроз поперекового відділу хребта, ускладнений грижами дисків: Підручник /Мачерет Є.Л., Довгий І.Л., Коркушко О.О. – Т. 2. – К., 2006. – 480 с.

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

5. Тихонова О.Я. Шлях до здорового хребта: Науково-популярне видання. – К.: Здоров'я, 2005. – 288 с.

References

1. Korolchuk A.P. Masazh zahalnyi i samomasazh: navchalno-metodychnyi posibnyk dlia studentiv fakultetu fizychnoho vykhovannia i sportu / A.P. Korolchuk, A.S. Sulyma – Vinnytsia: 2018. – 124 s.

2. Osteokhondroz poperekovoho viddilu khrebta, uskladnenyi hryzhamy dyskiv: Pidruchnyk /Macheret Ye.L., Dovhyi I.L., Korkushko O.O. Т. 1. – К., 2006. – 256 s.

3. Osteokhondroz poperekovoho viddilu khrebta, uskladnenyi hryzhamy dyskiv: Pidruchnyk /Macheret Ye.L., Dovhyi I.L., Korkushko O.O. – Т. 2. – К., 2006. – 480 s.

4. Filak Ya.F., Filak F.H. Masazh i netradytsiinyi masazh: pidruchnyk. Uzhhorod: FOP Sabov A.M. 2015. 336 s.

5. Tykhonova O.Ia. Shliakh do zdorovoho khrebta: Naukovo-populiarne vydannia. – К.: Zdorovia, 2005. – 288 s.

Відомості про авторів

Філак Ярослав Феліксівич: кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент; ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна.

Філак Фелікс Георгійович: кандидат медичних наук, доцент; ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна.

МАСАЖ «ТУЙНА» ТА ЯК НАТИСКАТИ, ЩОБ НЕ БОЛІЛО?

Віталіна Шевченко

*Харківська державна академія фізичної культури, Україна
Футбольна школа для дітей Lil' Kickers, Східні Серакузи,
штат Нью-Йорк, США*

Анотація. Проведено аналітичний огляд системи китайської практики, а саме застосуванню китайського масажу «Туйна» у спорті. Розглянуто виконання самомасажу «Туйна» спортсменами. В роботі наведені приклади масажних точок, які є безпечними для самомасажу, але важливо знати, які з них можна виконувати самостійно та які є протипоказання до них.

Ключові слова. Масаж «Туйна», самомасаж, реабілітація, спортсмени.

Abstract. An analytical review of the system of Chinese practice, namely the application of Chinese massage "Tuina" in sports, was conducted. The performance of "Tuina" self-massage by athletes was considered. The work gives examples of massage points that are safe for self-massage, but it is important to know which of them can be performed independently and what are the contraindications to them.

Keywords. «Tuina» massage, self-massage, rehabilitation, athletes.

Вступ. Як всім відомо, фізична підготовка спортсменів постійно прогресує та набирає оборотів у своєму вдосконаленні. Різноманітні гаджети, спортивні пристрої вже є чи не в кожному спортивному закладі. Новітні технології урізноманітнюють систему підготовки спортсменів у будь-якому виді діяльності, тим самим допомагають досягти максимальних результатів та підтримувати належну форму атлетів [2]. Однак, навіть найновітніша система підготовки не може обійтися без основних методів та засобів фізкультурно-спортивної реабілітації. Розглянемо на прикладі масажу, який в свою чергу є важливою складовою в підготовки спортсменів.

Відомо, що на сьогодні існує безліч різноманітних приборів, які допомагають зробити масаж не тільки ефективно і корисно, але й доступним для кожного. При цьому можемо стверджувати, що насправді все давно було доступним для кожного з нас, просто ми, люди, не дуже цікавилися цим. Свої

переконання ми хочемо висловити та підтвердити своїми спостереженнями, занутившись у традиційну китайську медицину та дослідивши масаж «Туйна».

Масаж «Туйна» - це традиційна китайська методика масажу, що знаходить все більше застосування в фізкультурно-спортивній реабілітації. Він використовується для поліпшення здоров'я та фізичної форми. Серед спортсменів даний вид масажу стає все більш популярним для поліпшення рухливості, зниження болю та зняття напруги м'язів, покращенню спортивних результатів та зменшенню травматизації [1-3].

Вивчення методів терапії та реабілітації в спорті є важливим напрямком досліджень, оскільки вони допомагають покращити ефективність тренувань. Попереджати травми та прискорювати відновлення після них. Тому дані дослідження є актуальними для фахівців, які працюють у сфері спорту та планують використовувати не відомі методи для поліпшення результатів та збереження здоров'я спортсменів.

Під час тренувань та змагань спортсмени часто зазнають сильних навантажень, які в свою чергу можуть призвести до погіршення результатів та збільшення ризику отримання травми. Масаж «Туйна» є одним з ефективних методів фізкультурно-спортивної реабілітації, який спрямовано на попередження травм у спортсменів. Застосування даного виду масажу допомагає відновити м'язову тканину, покращити кровообіг та зменшити біль. Однак, проблема полягає в тому, що не всі тренери та спортсмени знають про ефективність техніки масажу «Туйна» та про правильність його виконання. Крім того, існують певні техніки та методики масажу «Туйна», які можуть бути шкідливими для здоров'я самого спортсмена, якщо їх використовувати неправильно [3].

Отже, суть проблеми полягає в тому, що необхідно популяризувати знання про масаж «Туйна» та навчити спортсменів та тренерів правильно застосовувати цю техніку масажу, щоб вони могли отримувати максимальну користь від його застосування та запобігати можливим травмам.

Масаж «Туйна» є традиційним китайським видом масажу, який базується

на техніках тиску на точки тіла, що знаходяться на меридіанах. Останні дослідження вказують на те, що масаж «Туйна» може мати багато позитивних ефектів на фізичний та функціональний стан спортсменів [1]. Так, в дослідженні, опублікованому в журналі "Journal of Sports Science and Medicine" (2019), автори показали, що при використанні техніки масажу «Туйна» відбулося зниження рівня болю та покращення рухливості в суглобах у спортсменів з травмами м'язів нижніх кінцівок. Також встановлено, що виконання масажу «Туйна» знизило ризик травм та покращило фізичну підготовку спортсменів [2-5].

Автори дослідження, що представлено в журналі "International Journal of Sports Medicine", дійшли до висновку, що при виконанні масажу «Туйна» знизився рівень лактату в крові спортсменів, що вказує на покращення аеробної витривалості. Також, авторами вказано, що після виконання масажу

«Туйна» знизився ризик ушкодження м'язів, поліпшилася ефективність відновлення після тренувань [6].

Проте, існує потреба в розкритті суті техніки масажу «Туйна», при виконанні спортсменами самостійно, наведені прикладів спеціальних масажних точок, які є абсолютно безпечними. Все вищезазначене дозволило визначити мету та завдання дослідження.

Мета дослідження. Дослідити та визначити вплив техніки масажу «Туйна» на фізичну та психологічну підготовку спортсменів.

Результати дослідження. Під нашим спостереженням перебувало 10 спортсменів з різних видів спорту. У ході роботи ми провели опитування, яке складалося з двох частин: анкетування і експеримент. Анкета складалася з 15 питань стосовно масажу в спорті. В анкеті були зазначені такі питання: Яким видом спорту Ви займаєтесь? Скільки років Ви займаєтесь спортом? Як часто Ви займаєтесь спортом? Як часто Ви ходите на масаж? Які види масажу Ви використовуєте найчастіше? Які саме частини тіла Ви зазвичай масажуєте? Як масаж впливає на Ваш організм? Чи були випадки, коли масаж погіршував Ваше самопочуття? Як Ви обираєте масажиста? Чи звертались Ви до масажиста

після травми чи перенавантаження? Як Ви сприймаєте масаж під час підготовки до змагань? Які є Ваші загальні враження від масажу? Для яких цілей Ви ходите на масаж?

Якщо говорити про техніку даного масажу, то вона включає в себе різноманітні прийоми, такі як стискання, розтирання, тиснення, виштовхування, погладжування та вібрацію. Особливість техніки «Туйна» полягає в тому, що ці прийоми застосовуються на активних точках тіла, що знаходяться вздовж меридіанів, а також на м'язах, сухожиллях та суглобах.

Ось кілька безпечних точок для самомасажу «Туйна» і їх вплив на організм людини:

Верхній край грудини. Ця точка знаходиться між грудиною та мечоподібним відростком, на відстані 4-5 см від з'єднання ребер. Масаж цієї точки може допомогти покращити кровообіг та зняти напругу з грудної клітини.

Зовнішня частина гомілки. Ця точка знаходиться на зовнішній стороні гомілки, 2-3 см від кістки гомілки, в районі п'яtkового сухожилля (Ахілесового). Вона може допомогти покращити кровообіг в стегні та гомілці, а також зменшить біль в цій області.

Рука. Ця точка знаходиться на згині ліктя, в центрі латерального надмищелку. Вона допомагає зняти напругу з рук та зменшити біль у лікті.

Результати анкетування показали, що більшість спортсменів розуміють сенс самого масажу у спорті, як ефективний метод для поліпшення результатів і зменшення ризику травм. Респонденти дійсно, знають для чого вони використовують масаж у фізичному вихованні, та відокремлюють його, як «основний засіб відновлення». Слід зазначити, що більшість опитуваних вибирають масажистів по відгукам інших спортсменів, а не по кваліфікації спеціаліста.

Після анкетування ми вирішили провести експеримент і попросили опитуваних протягом 1-ї хвилини масажувати точку «Zhongwan», яка знаходиться по середній лінії живота, між грудиною та лобковою кісткою, в

області пупкової зони (regio umbilicalis).

Після проведеного масажу точки «Zhongwan» спостерігали такі результати:

- 8 із 10 респондентів зазначили, що після 30 секунд масажу точки «Zhongwan» почали відчувати розслаблення в області грудної клітки та живота;

- у 7 з 10 респондентів з'явилося внутрішнє відчуття підвищення рівня енергії в організмі і зменшилось відчуття тривоги;

- 6 із 10 респондентів продовжили масаж і після 1,5 хвилини вони відчули чіткість свідомості у голові та ясність думок. Проте, у 2 з 10 досліджених з'явилося легке запаморочення неприємне відчуття в животі. На нашу думку, це сталося завдяки не дотримання техніки проведення масажу точки «Zhongwan».

Виходячи з вищепредставленого, ми можемо стверджувати, про позитивний ефект масажу «Туйна» у спортсменів, але слід пам'ятати і про індивідуальні особливості кожного організму та необхідність консультації з лікарем або досвідченим масажистом. Хоча масаж «Туйна» може бути корисним для поліпшення здоров'я та підвищення енергії, важливо мати на увазі, що професійний масажист, який отримав відповідну освіту та навчання, може забезпечити ефективніше та безпечніше проведення процедури. Окрім цього, він зможе дати рекомендації про те, які точки потрібно стимулювати для досягнення певних цілей.

Висновки. Результати нашого дослідження підтвердили, що масаж «Туйна» може мати багато позитивних ефектів на фізичний стан людини, зокрема спортсменів. Разом з тим даний масаж можна проводити самостійно, але при цьому необхідно ознайомитися з основними принципами та методиками цієї техніки, щоб уникнути можливих пошкоджень або травм. Потрібно знати конкретні точки, які є безпечними і не вимагають спеціальної кваліфікації.

Перспективи подальших досліджень. Планується провести порівняльну характеристику впливу на спортсменів з різних видів спорту. Таким чином, ми зрозуміємо індивідуальні особливості окремих видів спорту та визначимо, які

методи краще відповідають потребам спортсменів.

Література / References

1. Huang, S., Qin, Z., Liu, W., Zhang, Z., & Wang, Y. (2020). Effects of Tui Na Massage on Muscle Recovery and Peak Torque of Elite Youth Footballers After Exercise- Induced Muscle Damage. *Frontiers in Physiology*, 11, 566.
2. Wang, S., Liu, C., Li, L., & Zhang, J. (2020). Effects of Tui Na Massage on Delayed-Onset Muscle Soreness and Physical Performances in Male College Soccer Players. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 43(1), 46-53.
3. Wang, S., Zhang, J., Liu, C., & Li, L. (2019). Effects of Tui Na Massage on Muscle Damage Markers and Inflammatory Mediators in Male College Soccer Players. *Journal of Sports Science & Medicine*, 18(3), 458-465.
4. Wu, J., Chen, Y., Guo, Y., Zhu, L., & Chen, H. (2019). The effect of Tui Na massage on serum cytokine levels and muscle fatigue in male basketball players. *Journal of Physical Therapy Science*, 31(4), 297-300.
5. Yin, Q., Chen, R., Li, Z., Li, L., & Zhang, J. (2018). Effect of Tui Na massage on lower limb muscle strength and balance of elderly women. *Journal of Traditional Chinese Medicine*, 38(1), 91-96.
6. Zhang, J., Wang, S., Liu, C., & Li, L. (2018). Effects of Tui Na massage on delayed onset muscle soreness and physical performances in female basketball players. *Journal of Physical Therapy Science*, 30(2), 279-284.

Відомості про автора

Шевченко Віталіна Олександрівна: магістрантка; Харківська державна академія фізичної культури; тренер: футбольна школа для дітей *Lil' Kickers*, Східні Серакузи, штат Нью-Йорк, Сполучені Штати Америки.



Міністерство освіти і науки України
Харківська державна академія фізичної культури
Кафедра фізкультурно-спортивної реабілітації

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ
Всеукраїнської науково-практичної студентської конференції
«Сучасні проблеми здоров'язберігаючих технологій»

21 квітня 2023 року

Харків - 2023

ОЗДОРОВЧИЙ ВПЛИВ ЗАНЯТЬ З ВАЖКОЇ АТЛЕТИКИ НА ФІЗИЧНУ АКТИВНІСТЬ ПІДЛІТКІВ

Артур Акопов

Харківська державна академія фізичної культури

Харків, Україна

керівник: Рубан Л.А., к.фіз.вих., доцент

Анотація. Збалансована індивідуальна програма підлітків розглядається як інтегральний компонент фізичного здоров'я. Спрямованість тренувань з важкої атлетики орієнтовано на фізичну активність підлітків в період дистанційного навчання. Залучення та використання методів важкої атлетики є ефективним засобом фізичної культури для корекції біогеометричного профілю постави.

Ключові слова: підлітки, важка атлетика, фізична активність.

Вступ. На теперішній час сидіння за комп'ютером стало розповсюдженим явищем. Зокрема, в період дистанційного навчання підлітки проводять багато часу в положенні сидячи за столом завдяки навчанню в домашніх умовах.

Одна з моделі для розуміння мотивації фізичної активності підлітків стосується суджень людей щодо їхніх здібностей у певній сфері. Значна кількість наукових доказів вказує на те, що молоді люди, які твердо вірять у свої фізичні здібності, швидше за все, будуть насолоджуватися фізичною активністю. Підвищення рівня активності молоді, її ставлення до цінності фізичних вправ вносить довгострокові результати для здоров'я. Протягом багатьох років інтерес до фізичної активності серед дітей та підлітків зосереджувався на сприятливих результатах для здоров'я. Чому сьогодні спостерігається таке різке зниження фізичної активності в підлітковому віці, і як ми можемо зупинити хвилю зниження рівня фізичної активності?

Мета роботи: науковий пошук, узагальнений аналіз та підходи до систематизації методологічних основ фізичної культури до підняття рівня фізичної активності підлітків.

Результати дослідження та їх обговорення. Керівні принципи для

шкільних і громадських програм сприяння фізичній активності протягом усього життя серед молоді (CDC, 1997) підкреслюють, що соціально-контекстуальні, психологічні та емоційні фактори це вагомий внесок у фізичну активність молоді. Зокрема, суттєвий вплив на фізичну активність дітей та підлітків залежить від підтримки батьків, вчителів/тренерів та однолітків.

Хоча потенційні переваги силових тренувань очевидні більшості медичні/наукові групи, важка атлетика для дітей та підлітків досі є спірною темою. Залучення молоді до важкої атлетики та використання методів важкої атлетики є ефективним засобом фізкультурно-спортивної реабілітації для корекції постави, а також для залучення до змагальної діяльності. Федерація важкої атлетики (IWF) у 2009 році провела свій перший чемпіонат світу серед молоді. У змаганнях можуть приймати участь важкоатлети у віці від 15 років.

Серед дітей і підлітків тренування з обтяженнями призводять до ряду позитивних ефектів: поліпшення стану загального здоров'я і самопочуття, підвищення сили, корекція осанки та біогеометричного профіля постави. Після проведеного аналізу наукової літератури дійшли висновку, що тренування з важкої атлетики можуть призвести до поліпшення складу тіла, кардіореспіраторні параметри та загальне самопочуття. Діти, особливо початківці, у будь-якому віці повинні дотримуватися тренувальних програм, заснованих на наукових доказах. При навчанні підлітків, і особливо дітей, є різні проблеми, які необхідно вирішити перед початком тренувального процесу. Аян і Барога вказали, що «початковий етап навчання» для важкої атлетики має відбуватися у віці від 11 до 16 років. Починаючи з 11-12 років, метою тренування повинне бути спрямованість на загальну фізичну підготовку (розвиток сили, гнучкості тощо), та спеціалізоване навчання не повинно становити більше 40% загального навчального процесу протягом першого року тренувань. Обов'язково, різноманітність фізичних вправ, які можуть сприяти розвитку рухових якостей, що є необхідними для прогресування важкої атлетики (і спорт загалом), і є життєво важливими. Крім того, різноманітні заходи такі як базові рухи гімнастики та легка атлетика, поряд із такими іграми

на майданчику, як баскетбол і волейбол, потрібно використовувати як частину навчання в цьому віці. Вправи з вільною вагою слід використовувати з метою загального зміцнення. За словами науковців, спеціалізоване навчання повинно збільшувати відносно поступово.

Як зазначає Тимочко О.І. (2018), важкоатлетична підготовка підлітків, якщо насамперед ставити перед нею цілі не спортивних досягнень, а оздоровлення організму та розвитку його функцій повинна включати три основні види засобів: вправи загальнопідготовчого спрямування, базові та стрижневі вправи, додаткові засоби. Основною умовою забезпечення оздоровчого впливу всіма цими засобами є раціональне дозування навантажень. Крім сили, важка атлетика розвиває насамперед витривалість і гнучкість школярів. Автором доведено, що у школярів, які регулярно займаються важкою атлетикою, активніше формуються потреби у здоровому способі життя.

Висновки. Заняття важкою атлетикою та дотримання методики проведення тренування підвищують загальний тонус життєдіяльності підлітків, забезпечують перерозподіл м'язового напруження, зміцнення м'язів, створення м'язового корсета, що в цілому сприяє формуванню правильного біогеометричного профілю постави.

ПРОБЛЕМА КОМПЕНСАЦІЇ ДЕФІЦИТУ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ У СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Євгенія Громко

Харківський національний медичний університет

Харків, Україна

керівник: О.Д. Петрухнов, к.фіз.вих.

Анотація. Дефіцит фізичної активності означає недостатню кількість руху в повсякденному житті студентів. В умовах дистанційного навчання це може бути зумовлено різними причинами, такими як сидячий спосіб життя, відсутність регулярної фізичної активності, процес навчання, який пов'язаний з тривалим перебуванням за столом або комп'ютером, відсутність можливості для активної розваги або спорту.

Ключові слова: студенти, рухова активність, дистанційне навчання.

Вступ. Запровадження дистанційного навчання в Україні, попри те, що є альтернативою для продовження освітнього процесу у сучасних реаліях, на жаль, супроводжується низкою проблемних аспектів. До актуальних нині проблем, що виникли у зв'язку із запровадженням дистанційного навчання, належить нестача рухової активності серед студентів як один із факторів ризику розвитку гіподинамії та супутніх порушень. Дефіцит фізичної активності може призвести до погіршення стану здоров'я, пов'язаного зі збільшенням ваги, погіршенням стану серцево-судинної системи, зниженням м'язової маси, зниження рівня енергії та погіршення настрою, розвиток депресії та інших психічних захворювань. Така значимість компенсації дефіциту рухової активності визначає актуальність даної теми.

Рухова активність є одним із важливих факторів здорового способу життя, який визначає стан здоров'я студентів. Це у свою чергу визначає стан здоров'я молодого покоління загалом та впливає на показники здоров'я населення в цілому. Однак, із запровадженням дистанційного навчання студенти можуть проводити більше часу за пристроями для навчання у практично нерухомому положенні та менше рухатися. Спричинена таким

чином гіподинамія може мати значний вплив на стан здоров'я студентів, що актуалізує питання створення способів компенсації дефіциту рухової активності для студентів.

Мета роботи: провести анкетування серед студентів щодо фізичної активності під час дистанційного навчання.

Результати дослідження та їх обговорення. Для більш детального дослідження цієї проблеми нами було проведено опитування серед студентів Харківського національного медичного університету (ХНМУ) у форматі дистанційного анкетування за допомогою сервісу Google Forms відповідно до створеної нами програми запитань. У опитуванні взяли участь 56 респондентів віком 17 – 21 років (студенти 1-6 курсів ХНМУ). Усі студенти, які взяли участь в опитуванні, належать до основної групи здоров'я, тобто не мають протипоказань до занять з фізичного виховання.

Студентам було запропоновано відповісти на кілька запитань, присвячених темі фізичної активності та її відмінностей у період до та під час дистанційного навчання.

Щодо фізичної активності до дистанційного навчання, важливо зазначити, що переважна більшість студентів постійно (21,4%) чи нерегулярно (60,7%) займаються різними видами фізичної активності. Ці показники свідчать про високий рівень обізнаності та свідомості студентства щодо значення фізичної активності для правильного способу життя. При цьому 72,2% респондентів відповіли, що займалися фізичною активністю на заняттях з фізичного виховання, оскільки саме ці респонденти станом на період очного навчання були студентами 1-2 курсів та відповідно до індивідуального навчального плану вивчали дисципліну «Фізичне виховання та здоров'я».

При цьому 5,6% опитаних студентів займалися фізичною активністю у спортивних секціях університету, оскільки станом на період очного навчання були студентами 3-6 курсів та використовували секційні заняття як альтернативу заняттям з дисципліни «Фізичне виховання та здоров'я». Це визначає такі заняття як невід'ємну частину навчального процесу та

формування фізичної підготовки майбутніх спеціалістів загалом. Окрім цього, студенти займалися фізичною активністю у приватних спортивних залах, виконували вправи за власною програмою чи за допомогою відео-тренувань, займалися танцями та пробіжками.

Серед видів спорту, яким надавали перевагу студенти до дистанційного навчання, було виділено біг, легку та важку атлетику, велоспорт, фігурне катання, скейтбординг, аеробіка, гімнастика, акробатика, бадмінтон, бойові мистецтва, настільний та великий теніс, спортивні танці, плавання, футбол, волейбол, кінний спорт. Важливо також вказати, що в опитувальниках студенти мали можливість обирати кілька видів фізичної активності та кілька видів спорту, якими займалися. Результати опитування підтверджують, що частина студентів комбінують види фізичної активності у своїй власній стратегії фізичного розвитку.

Загалом такі відповіді опитаних підтверджують те, що студенти приділяли значну увагу фізичному розвитку, при цьому використовували для цього різні способи та засоби. На жаль, відповідно до даних результатів опитувальника, лише 39,9 % опитаних нині мають можливість у сучасних умовах продовжувати заняття та вдосконалювати власну фізичну підготовку так, як робили це до запровадження дистанційного навчання.

Щодо студентів, які хоча б частково мають можливість компенсувати дефіцит рухової активності, переважна їх більшість із них (91,1%) хочуть змінити свій рівень фізичної активності, оскільки 62,5% студентів не задоволені власним рівнем фізичної активності в сучасних реаліях. При цьому студенти активно розробляють власні способи компенсації рівня фізичної активності доступними способами: займаються самостійними тренуваннями, плаванням, велоспортом, танцями, збільшують кількість піших прогулянок. При цьому, на жаль, 9,1% опитаних не використовують жодного із способів компенсації дефіциту рухової активності.

Також важливим аспектом у даному контексті є питання можливості у студентів адаптувати власні тренування до стану здоров'я, тобто оптимізувати

навантаження та вид тренування, контролювати показники АТ і ЧСС. Під час дистанційного навчання з відсутністю повноцінних занять з фізичного виховання під наглядом викладача чи тренера з відповідним рівнем освіти, а також відповідно організованого медичного контролю, практично половина (48,1%) визнали, що не мають можливості повноцінно контролювати потрібні показники та правильно коригувати власний режим тренувань.

Зважаючи на неповноцінні можливості для компенсації рухової активності у студентів в умовах дистанційного навчання, лише третина з них повністю задоволені результатами самостійної компенсації дефіциту рівня фізичної активності. Це зумовлює актуальність питання розробки нових способів вдосконалення рівня рухової активності з одночасною їх адаптацією до сучасних умов навчання.

При цьому варто відзначити активну позицію студентів щодо компенсації дефіциту рухової активності в умовах дистанційного навчання. Так, студентам було запропоновано дати відкриту відповідь, у якій зазначити побажання чи ідеї з приводу того, як студенти у сучасних умовах могли б покращити свій рівень рухової активності. У своїх відповідях студенти підкреслювали важливість мотивації у своїх колег для компенсації дефіциту фізичної активності, наполягали на важливості піших прогулянок та занять у спортивній залі, пропонували колегам правильно розподіляти час та займатися спортивними іграми. Це також свідчить про значний рівень усвідомлення даної проблеми серед студентів, їх прагнення змінити ситуацію, що склалася, позитивну щодо активного способу життя позицію.

Висновки. Нестача фізичної активності в умовах дистанційного навчання є актуальною проблемою сьогодення, що було підтверджено проведеним нами опитуванням. За його результатами ми окреслили орієнтовну картину фізичної активності студентів у період до дистанційного навчання, щодо якої здобувачі визначили достатньо велику кількість можливостей для рухової активності у навчальний та позанавчальний час.

Згідно з результатами опитування, на жаль, більшість здобувачів освіти

мають неповноцінні можливості для спостережень за власними показниками АТ та ЧСС, що не дозволяє повноцінно планувати обсяг фізичних навантажень, а також загалом стикаються з проблемами щодо компенсації рухової активності в умовах дистанційного навчання. Попри це більшість опитаних зазначили у анкетах, що докладають зусилля для компенсації дефіциту рухової активності попри складність організації відповідних заходів та продемонстрували досить високий рівень зацікавленості та обізнаності щодо значимості компенсації нестачі фізичної активності для збереження здоров'я.

Актуальність даної проблеми та аналіз отриманих результатів анкетування утворює перспективність нашої роботи та її значимість для подальших досліджень цього напрямку.

МІЙ МАРАФОН СХУДНЕННЯ «ТІЛО МРІЇ»

Єлізавета Коденко

Харківська державна академія фізичної культури

Харків, Україна

керівник: Місюра В.Б., викладач

Анотація. Останнім часом проблема ожиріння посідає перше місце серед населення. Кількість людей з надлишковою вагою щороку збільшується, що провокує зниження рівня та якості життя. Дана проблема з'явилася через неправильне незбалансоване харчування та малорухливий спосіб життя.

Ключові слова: марафон схуднення, індекс маси тіла.

Вступ. На сьогоднішній день, більшість моїх знайомих страждають ожирінням 2-го чи 3-го ступеня. Щоб бути в змозі їм допомогти, я закінчила, додатково до знань отриманих в Академії (ХДАФК), курси “Нутриціології та дієтології”, що стало першим кроком до створення марафону по зниженню ваги “Тіло Мрії”.

У 1997 році ВООЗ розробила класифікацію, котра допомагає визначити ступінь ожиріння. Щоб визначити відсоток надлишкової ваги у людини потрібно розрахувати ІМТ - індекс маси тіла. Для цього була створена формула: вага людини у кілограмах розділити на ріст у метрах квадратних. Отримані значення порівнюємо з таблицею ІМТ, де можна дізнатися на скільки маса тіла людини відповідає її зросту, чи є вага недостатньою, нормальною або має конкретний ступінь ожиріння.

Під час проходження курсу, мала можливість ознайомитися з різними видами дієт. Наприклад, кето-дієта базується на споживанні їжі з великим вмістом жиру. Палео-дієта передбачає споживання у їжу продуктів харчування, які були в раціоні до початку сільськогосподарської діяльності (м'ясо, морепродукти, овочі, фрукти, гриби, ягоди), заборонені: алкоголь, молочні продукти, випічка, цукор. Дієта Дюкана, відрізняється тим, що вона розділена на 4 етапи, на першому можна їсти будь-яку білкову їжу, вуглеводи та жири звести до мінімуму; на другому, чергуємо білкові та овочеві продукти; на

третьому, в день можна їсти один фрукт та кусочок сиру; на четвертому, повернення до звичайного режиму харчування.

Кожна дієта створює великий стрес для організму, адже людина перестає отримувати макро-, мікро-, ультрамікроелементи необхідні для повноцінної життєдіяльності, що тягне за собою подальші захворювання та збої у роботі системи.

Результати дослідження та їх обговорення. Завдяки ознайомленню з різними методами боротьби з зайвою вагою та їх особливістю, прийшла до того, що правильне збалансоване харчування з дефіцитом у 10-15% найбезпечніше та якісне. Даний шлях дозволяє знижувати вагу без шкоди для здоров'я, бо організм починає отримувати необхідні елементи, що у свою чергу, супроводжується віддачею зайвої жирової маси.

Використовуючи формулу Харріса-Бенедикта, розраховую, яка саме кількість калорій необхідна для підтримки ваги.

Коефіцієнт фізичної активності:

1,2 - сидячий спосіб життя,

1,375 - помірна активність (легкі фізичні навантаження або заняття 1-3 рази на тиждень),

1,55 - середня активність (заняття 3-5 раз на тиждень),

1,725 - активні люди (інтенсивні навантаження, заняття 6-7 раз на тиждень)

1,9 - екстремальна висока активність (2 та більше тренувань на день).

Визначивши необхідну добову кількість калорій за формулою, я віднімаю 10-15% та отримую калораж для зниження ваги.

Під час проведення марафонів зіштовхуюся з такою проблемою, що людина не їсть взагалі нічого за день, а вага стоїть на місці або навпаки набирається. У такому випадку навчаю учасників їсти необхідну кількість їжі. Наприклад, жінка вага - 140 кг, ріст - 171 см, вік - 24 роки, коефіцієнт активності 1,375, за день з'їдає лише один бутерброд з сиром та ковбасою. Користуючись формулою Харріса-Бенедикта, розраховую, що для повноцінного життя людини даних параметрів потрібно 2600 ккал на добу, щоб

знизити 2210 калорій. Через те, що клієнт раніше не споживав необхідну калорій, його метаболізм сповільнився.

Перша моя задача – «розігнати метаболізм» з доведенням його до необхідного рівня. У такому випадку ми стартуємо з 1200 калорій.

Друга задача - змінювати ставлення до їжі та життя, а саме: навчитися правильно харчуватися, вміти складати кожен прийом їжі, навчитися не переїдати та заїдати стреси, тренуватися у задоволення, зробити своє життя цікавим та активним.

Висновки. Через неправильний спосіб життя ми самі створюємо собі проблеми, котрі стосуються нашого здоров'я та зовнішнього вигляду, котрі потім складно вирішити, тому раджу не нехтувати своїм здоров'ям, любити його та якщо треба, завчасно звернутися до спеціалісту.

Перспективи подальших досліджень у цьому напрямку. Проведення анкетування та вимірювання жінок до та після марафону схуднення.

КОРЕКЦІЯ ПОСТАВИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗАСОБАМИ ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Альона Мартиненко

Харківська державна академія фізичної культури

Харків, Україна

керівник: Літовченко А.В., к.мед.н., доцент

Анотація. У роботі йдеться мова про застосування засобів фізкультурно-спортивної реабілітації з метою корекції постави військовослужбовців. Комплексно сформована програма фізкультурно-спортивної реабілітації, що впливає на загальний стан організму в цілому: покращується крово- та лімфообіг, нормалізується функція дихальної системи, підвищується загальний тонус організму та вибірково в певній зоні порушень функцій, зміцнюючи м'язовий корсет .

Ключові слова: ампутація нижньої кінцівки, дисбаланс м'язів спини, засоби фізкультурно-спортивної реабілітації.

Вступ. Втрата кінцівки – це стрес для організму в цілому. Причини, що призводять до втрати кінцівки досить різноманітні: наслідки судинних захворювань, нещасні випадки, автокатастрофи та війни. З початку повномасштабного вторгнення кількість постраждалих, що втратили кінцівки внаслідок мінно-вибухових поранень, невпинно зростає і проблем, що пов'язані з порушенням постави через втрату кінцівки ставатиме більш гостро. Хронічний біль, що виникає у попереково-крижовому відділі хребта внаслідок ампутації нижніх кінцівок та після протезування , є розповсюдженим явищем. Люди, що втратили кінцівки, скаржаться здебільшого на біль в цій зоні не тільки після значних фізичних навантажень, наприклад, після довготривалих прогулянок, а й після повсякденної активності.

Мета та завдання дослідження. Дослідити вплив засобів фізкультурно-спортивної реабілітації на поставу чоловіків 30-40 років з ампутацією нижньої кінцівки.

Результати дослідження та їх обговорення. При однобічній ампутації

нижньої кінцівки значно порушується статика тіла, центр ваги зміщується в сторону здорової нижньої кінцівки, викликаючи напруження нервово-м'язового апарату, що необхідне для збереження рівноваги. Наслідком цього є нахил в ту сторону, де немає опори, що, в свою чергу, веде до викривлення хребта у фронтальній площині. Компенсаторна можуть розвиватися сколіотичні викривлення в протилежну сторону у грудному і шийному відділах хребта. Головним в боротьбі з м'язовим дисбалансом внаслідок ампутації нижніх кінцівок є застосування засобів фізкультурно-спортивної реабілітації (ФСР). Використання кінезіотерапії, фізіотерапії, механотерапії та різних масажних технік сприяє підвищенню загального тону організму; нормалізації функціональних можливостей серцево-судинної та дихальної систем; формуванню правильної постави; зміцненню м'язів тулуба, формуванню м'язового корсету.

Ефективність впливу корекційно-реабілітаційної програми оцінюють за допомогою визначення зниження рівня больового синдрому, різник методик оцінки рухливості хребта, вивченні рухів згинання та розгинання в сагітальній площині. Найчастіше оцінку рухливості попереково-крижового відділу хребта проводять за методикою М. Вейса і А. Зембатового та тестом "пальці-підлога".

Висновки. Завдяки комплексному впливу на організм та безпосередньо на попереково-крижову ділянку хребта за допомогою засобів фізкультурно-спортивної реабілітації зменшується біль у цій ділянці, що дає змогу повноцінно жити та адаптуватися до нових умов життя з протезом нижньої кінцівки.

Перспектива досліджень у цьому напрямку. Вивчення впливу на корекцію постави у чоловіків 30-40 років з ампутаціями нижніх кінцівок засобами фізкультурно-спортивної реабілітації є перспективним напрямком майбутніх досліджень.

ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ ЯК ЗАСІБ КЕРУВАННЯ ЕМОЦІЯМИ ПІД ЧАС ВОЄННОГО ПЕРІОДУ

Аян Рзаєва

Харківський національний медичний університет

Харків, Україна

керівник: Петрухнов О.Д., к.фіз.вих.

Анотація. Емоції - важлива складова нормальної життєдіяльності людини, яка проявляється через її потреби та інтереси. У зв'язку з цим кожен має намагатися підтримувати баланс між позитивними та негативними емоціями та розвивати власний емоційний інтелект. Під час воєнного стану психоемоційний стан студентів медиків значно погіршився: з'явилися агресія, напруга, стрес, страх.

Ключові слова: емоції, студенти, фізична активність.

Вступ. Агенція Proinsight Lab провели дослідження «Психічний стан українців під час війни проти Росії» за сприяння Національної психологічної асоціації протягом березня–травня 2022 р. та виявили, що найчастішими скаргами були фізичне виснаження, проблеми зі сном, диханням та зниження концентрації уваги, а з емоцій переважає почуття тривоги. Тому важливим є здатність контролювати та управляти власними емоціями під час воєнного стану з метою попередження порушення нервової системи та здоров'я в цілому, прикладами яких можуть слугувати неврози, цукровий діабет, серцево-судинні захворювання, гормональні порушення, злоякісні пухлини та багато інших.

Мета роботи: виявлення у студентів-медиків потреби в проявленні своїх емоцій через виконання фізичних вправ, методів нормалізації їх психічного стану заняттями рухової активності.

Результати дослідження та їх обговорення. Нами було створено онлайн опитування за допомогою сервісу Google Forms та поширено серед студентів різних вікових груп. В опитуванні взяли участь 45 осіб 1-6 курсів. Учасникам опитування було запропоновано такі питання:

1. «Чи змінився ваш емоційний стан після 24 лютого 2022 року?»

Більшість опитаних проголосували за варіант «Так», а саме 42 особи (93,3%), а троє інших відповіли «Ні» (6,7%)

2. Відповівши на попереднє питання, було поставлено наступне: «Чи помітили ви за собою неконтрольовану агресію під час війни?»

3. На що 60% (27) студентів погодилися, а інші не відчували таких змін.

4. «Чи помітили ви за собою відчуття апатії?». 39 відповідей зазначили, що відчували під час воєнного стану апатію, при цьому інші 6 такого стану не помічали.

5. Студентам було запропоновано питання, з можливістю обрати декілька варіантів відповідей. Питання полягало у виявленні різних методів проявлення власної агресії. 20% опитуваних зазначили, що показують цю емоцію використовуючи важку роботу, 31,1% займаються прибиранням в квартирі та псують настрій оточуючим, 68,9 % переживають агресію "сам на сам", тобто не виконують певну роботу, намагаються заспокоїти себе і не показувати іншим, а 46,7 % можуть проявити свої почуття сльозами. 11,1 % намагаються підтримати український народ фінансово, таким чином переживати агресію.

6. Студентам було запропоновано самостійно оцінити їх рівень стресу в перше півріччя війни та на сьогодні, а саме, за шкалою від 1(взагалі не перебуваю в стресі) до 10(знаходжуся в постійному стресі). Більшість студентів оцінили свій стан в перше півріччя війни на оцінки «10», «8» та «6». Це означає, що рівень стресу, а отже і навантаження на організм були максимальними. На 2023 рік студенти відчують стрес, але не як на початку воєнного стану, більшість обрало варіант «5», при чому є і ті, у яких рівень стресу досягає «3».

7. Наступне запитання, яке було поставлено студентам звучало так: «Чи допомагає фізичне навантаження подолати свій стан, коли емоції беруть верх/апатію?». На що опитувані показали такий результат: 69,6% відповіли «Так», 21,7% було важко відповісти, а 6,5%- «Ні».

8. Для більшості студентів заняття спортом допомагають подолати свою емоційну напругу. Тому питання було таким: «Наскільки заняття фізичною

активністю допомагають вам розслабитися та покращити власне самопочуття?»

9. 41,3% здобувачів освіти стверджують, що такі навантаження іноді допомагають, 37%- майже допомагають, 17,4%- завжди допомагають.

10. Було доречним виявити, якими фізичними навантаженнями займаються студенти для подолання негативних емоцій.

11. 20 осіб зазначили, що роблять розтяжку, 17 осіб виконували важкі вправи з вагою, бігали, 14 осіб заспокоювали себе йогою та подібними методиками.

Висновки.

1. Заняття фізичними навантаження значно знижують рівень стресу, особливо цим користуються студенти під час воєнного стану. Майже дві третини опитуваних вважають, що заняття фізичною культурою допомагають їм подолати почуття агресії та апатії, більшу половину такий вид діяльності майже завжди врятовує від негативних емоцій.

2. Деяким особам спорт допоміг знизити рівень стресу з «10» до «3» за шкалою від «1»- зовсім не відчуваю змін у психо-емоційному стані до «10» - перебуваю в постійній емоційній напрузі і стресі.

3. Більша половина опитуваних обирає спокійні фізичні та дихальні вправи для заспокоєння. Це саме заняття йогою та розтяжкою. Метою йоги є приведення тіла в стан повного здоров'я, щоб тіло не було тягарем для розуму в його пошуку вищих істин. Розтяжка зменшує чутливість м'язів, попереджає травми й допомагає відновитися після фізичного навантаження й стресу, адже стретчинг відмінно знімає психічну напругу й біль, викликані стресами й нервовим виснаженням.

Перспективність такого напрямку дослідження полягає в залученні до опитування більшої кількості осіб.

АДАПТИВНІ НАСТІЛЬНІ ІГРИ ЯК ЗАСІБ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА СОЦІАЛІЗАЦІЇ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

Валерія Рубан

Харківська державна академія фізичної культури

Харків, Україна

керівник: Єфіменко П.Б., к.пед.н., професор

Анотація. В роботі проведено синтез-аналіз застосування адаптивних ігор для осіб похилого віку. Розкрито мету занять, правила спеціальних настільних ігор «Кульбуто», «Джакколо», «Еластик», як засобу адаптивного спорту для похилих осіб.

Ключові слова: настільні ігри, похилий вік.

Вступ. Адаптивний спорт є однією із складових частин адаптивної фізичної культури, яка, у свою чергу, є видом загальної фізичної культури для осіб із відхиленнями у стані здоров'я. Для багатьох людей похилого віку та інвалідів адаптивний спорт є єдиним способом «розірвати» замкнутий простір, увійти в соціум, придбати нових друзів, отримати можливість для спілкування, повноцінних емоцій, пізнання світу.

Метою ігор є: зміцнення фізичного та психічного здоров'я громадян похилого віку та інвалідів шляхом використання настільних та підлогових спортивних ігор, як засобу реабілітації та соціалізації.

Заняття з адаптивними настільними іграми допомагають розвинути позитивне емоційне самопочуття, знизити рівень нервово-психічного напруження, стимулюють розвиток спритності, комбінаційного мислення, що дуже важливо при відновленні інтелектуальних здібностей, прискорення реакцій у відповідь.

Мета роботи: синтез-аналіз та узагальнення відомостей щодо настільних ігор для людей похилого віку.

Результати дослідження та їх обговорення. Одним із популярних видів адаптивного спорту серед людей похилого віку та осіб з обмеженими можливостями здоров'я стали настільні ігри. Сенс цих ігор у цьому, що вони як

розважають, а й покращують пам'ять, увагу, логічне мислення, дрібну моторику пальців рук і координацію рухів.

Фахівці постійно працюють над тим, щоб сприяти покращенню фізичного та емоційного стану мешканців. З цією метою було придбано спеціальні настільні ігри – «Кульбуто», «Джакколо», «Еластик».

Цілі ігор:

- надання комплексної психолого-педагогічної та соціальної допомоги та підтримки клієнтам з обмеженими можливостями здоров'я, а також особам, що їх супроводжують;
- корекція обмежень, пов'язаних із фізичним та/або психічним розвитком клієнтів з обмеженими можливостями здоров'я.

Завдання ігор:

- підвищення фізіологічної активності систем організму, ослаблених хворобою, сприяння оптимізації розумової та фізичної працездатності у режимі реабілітаційної діяльності;
- вдосконалення прикладних життєво важливих навичок та вмінь у збагачення рухового досвіду фізичними вправами з адаптивних настільних ігор;
- підвищення фізичної підготовленості клієнта та розвиток їх основних фізичних якостей: сили, швидкості, витривалості, координації та гнучкості;
- навчання комплексам фізичних вправ з оздоровчою та коригуючою спрямованістю, найпростішим способам контролю за фізичним навантаженням та функціональним станом організму на заняттях з адаптивних настільних ігор;
- формування загальних уявлень про фізичну культуру, її значення в житті людини, зміцнення здоров'я, фізичний розвиток та фізичну підготовленість, розвиток інтересу до самостійних занять адаптивними настільними іграми;
- формування особистісних установок клієнтів відповідно до зворотних особливостей;
- розширення адаптивних можливостей особистості, що визначають готовність до вирішення доступних проблем у різних сферах життєдіяльності.

Програма характеризується:

- спрямованістю на посилення оздоровчого ефекту реабілітаційного процесу, що досягається за рахунок включення до змісту програми матеріалів про різноманітні оздоровчі системи та комплекси вправ, що використовуються в умовах активного відпочинку та дозвілля;

- спрямованістю на реалізацію принципу варіативності, що орієнтує інструктора на вибіркове включення до змісту занять адаптивними настільними іграми з урахуванням характеру та специфіки захворювання клієнтів, особливостей їх індивідуального фізичного розвитку та підготовленості.

«Шафлборд». Мета гри - набрати якомога більше очок. Кожен гравець по черзі направляє всі вісім шайб таким чином, щоб вони, ковзаючи поверхнею дошки, досягли зони з найвищими окулярами і не впали з краю столу з жолоб. Щоб бути зарахованою, шайба має бути в зоні повністю. Переможцем гри – той, хто більше набрав залікові очки.

«Кульбутто». Мета гри - набрати якомога більше очок.

1-й варіант. На час, закотити 8 куль на 8 лунок.

2-й варіант. На підрахунок очок, за 1 хвилину. Кольорова куля, «король», потрапляючи в будь-яку лунку, подвоює очки, решта 7 куль вважаються за номіналом.

3-й варіант. Комбінований, у два підходи, від набраних очок віднімається час. Наприклад: 430 очок – 47 секунд = 383 очок.

За радіусом знаходиться зона "не повернення", кулі, що потрапляють до цієї зони, виходять з гри і не приносять очки.

Переможцем гри – той, хто більше набрав залікові очки.

«Еластик». Мета гри - набрати якомога більше очок. За допомогою еластичної гумки фішки зі свого поля перекинути всі шайби через отвір посередині ігрового поля на полі суперника. Перемагає гравець, на чиєму боці не залишиться битий. Переможцем гри – той, хто більше набрав залікові очки.

Висновки. Відомо, що особам похилого віку потрібно займатися фізичною культурою. Проте, слід враховувати, що в цьому віці у багатьох є обмеження рухової здатності. Альтернативою виступають активні настільні

ігри такі як «Кульбуто», «Джакколо», «Еластик», «Шафлборд», метою занять якими є комплексна психолого-педагогічна та соціальна допомога.

Перспективи подальших досліджень у цьому напрямку. Проведення анкетування якості життя людей похилого віку в залежності від занять адаптивними іграми.

ПРОФІЛАКТИКА СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ХВОРОБ: КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД НА ПЕРВИННІЙ ЛАНЦІ ЗАСОБАМИ КІНЕЗІОТЕРАПІЇ

Михайло Санін

Харківська державна академія фізичної культури

Харків, Україна

керівник: Ольховий О.М., д.фіз.вих., професор

Анотація. Узагальнений аналіз науково-методичної літератури вказав на позитивний тренуючий ефект ігрових вправ на серцево-судинну та дихальну системи. Проведення занять з використанням ігрових вправ для профілактики розвитку ССС має важливе значення. Ігра робить сприятливий вплив на нервову систему осіб, які займаються кінезіотерапією та фізичною культурою.

Ключові слова: серцево-судинна система, волейбол

Вступ. Рухливі ігри та елементи спортивних ігор є одним із засобів кінезіотерапії. Призначають не тільки з оздоровчою метою на тренувальному режимі, але і з профілактичною. Фахівці в галузі фізичної культури та спорту зазначають, що активна участь психіки людини при одномиттєвому скоєнні м'язовий роботи в сукупності з емоційним змагальним компонентом, яке характерне для ігрових дій, сприяє більш швидкому зняттю різних видів стресу та втоми. Також відзначають позитивний вплив ігрової дії на центральну нервову систему (ЦНС), що полягає в підвищенні рухливості нервових процесів.

Науковці відзначають позитивний тренуючий ефект ігрових вправ на серцево-судинну та дихальну системи. Сукупність позитивних впливів ігрової діяльності надає можливість варіювати фізичні навантаження за зонами потужності, що робить цей вид рухової активності дуже привабливим для профілактики серцево-судинних захворювань.

Мета та завдання дослідження. Провести літературний пошук і дослідити значення ігровою діяльності в профілактиці серцево-судинних захворювань.

Результати дослідження та їх обговорення. Однією з основних причин збільшення кількості захворювань серцево-судинної системи (ССС) є зниження рухової активності та гіподінамія. Для профілактики «хвороб цивілізації» людині необхідно регулярно займатися фізичною культурою, в режимі дня повинні бути різні види м'язової діяльності. Дозовані фізичні навантаження, що поступово зростають, підвищують функціональні можливості серцево-судинної системи та є важливим реабілітаційним засобом. В.О. Єпіфанов (1987) зазначив, що рухомі та елементи спортивних ігор виступають як дієві засоби реабілітації і відновлення осіб, які перенесли кардіореспіраторні захворювання. Так, на санаторному етапі реабілітації таких хворих, рекомендує застосовувати крокет, кільцеброс, кегельбан, спортивні ігри зі спрощених правил; в основному періоді реабілітації хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) – рухливі та елементи спортивних ігор, у тому числі гри у волейбол через сітку двома командами з винятком стрибків; в середині курсу лікування при гіпертонічній хворобі І стадії - малорухливі ігри з м'ячем (естафети, перекидання та ін.); в середині курсу лікування при гіпотонічній хворобі з вираженою судинною атонією – ігри з м'ячем та медболом, у тому числі естафети; після ліквідації основних симптомів сухого плевриту, а також на стаціонарному етапі відновного лікування після респіраторних захворювань – рухливі та елементи спортивних ігор на відкритому повітрі.

Ігрова діяльність дозволяє включити та використовувати достатньо великі резервні можливості серцево-судинної системи, що зазвичай утруднюється при інших формах м'язової діяльності через притаманний страх. Саме в цьому, на думку вчених, виявляється дуже важливе та позитивна якість ігрових навантажень. Для профілактики захворювань ССС автор рекомендує такі ігри як: крокет, кегельбан, волейбол, настільний теніс, теніс, бадмінтон.

В цілому, можна зазначити, що проведення занять з використанням ігрових вправ для профілактики розвитку ССС має важливе значення. Ігри робить сприятливий вплив на нервову систему осіб, які займаються кінезіотерапією та фізичною культурою. Це досягається шляхом оптимального

залучення пам'яті та уваги, а також застосуванням організаційних форм і викликає позитивні емоції.

Узагальнення наукових даних дозволяє зробити висновок, що рухливі ігри та елементи спортивних ігор широко застосовуються при проведенні комплексної фізичної реабілітації після перенесених захворювань ССС та в якості профілактики «хвороб цивілізації».

Висновки. Таким чином, посилаючись на думку провідних фахівців у галузі фізичної культури та реабілітації, застосування рухливих та спортивних ігор з людьми, які мають порушення серцево-судинної та дихальної систем організму або для профілактики цих захворювань, є можливим за чіткого дотримання рекомендацій та суворого дозування фізичного навантаження.

Перспективним є вивчення реакції серцево-судинної та дихальної систем на навантаження під час гри в волейбол у осіб які ведуть малорухливий спосіб життя.

«ЛЮДИ ДОЩУ». ЧОМУ ТАК СТАЛОСЯ? ПРОФІЛАКТИКА НАРОДЖЕННЯ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

Станіслав Ставицький

Харківська державна академія фізичної культури

Харків, Україна

керівник: Рубан Л.А., к.фіз.вих., доцент

Анотація. В роботі проведено узагальнення наукових даних щодо народження дітей з розладами аутистичного спектру. Розкрито етіологію патологічного стану, надано рекомендації жінкам для профілактики аутизму.

Ключові слова: розлади аутистичного спектру, вагітні жінки.

Вступ. РАС (розлади аутистичного спектру) або аутизм – це стан, який виникає внаслідок порушення розвитку головного мозку і характеризується вродженим та всебічним дефіцитом соціальної взаємодії та спілкування. Його неможливо вилікувати, проте з часом можна скоригувати і адаптувати людину до соціального життя. «Люди дощу». Хто вони? І чому так сталося?

За оцінками ВООЗ, 1 дитина із 160 має будь-який із розладів аутистичного спектру. Американська асоціація Autism Speaks відзначає 1 випадок аутизму на 88 дітей. Загалом у світі таких осіб нараховується 2 мільйони 400 тисяч. В Україні з 2008 по 2018 рік за даними МОЗ України захворюваність на розлади зі спектру аутизму зросла в 3,8 разів з 2,4 до 9,1 на 100 000 дитячого населення.

Розлади аутистичного спектру починаються у дитинстві, проте зберігаються у підлітковому і дорослому віці. У більшості випадків ці стани проявляються у перші 5 років життя.

Мета та завдання дослідження. Провести узагальнення наукових даних щодо дітей з розладами аутистичного спектру. Розглянути причини виникнення та надати рекомендації майбутнім матерям для профілактики аутизму.

Результати дослідження та їх обговорення. РАС – це генетичне порушення, з ним народжуються, а не набувають через щеплення в дитинстві

або в результаті неправильного виховання. У процесі виношування плода будь-яке захворювання матері може залишити негативний слід розвитку дитини. Причини аутизму це сукупність чинників, які впливають на виникнення даного захворювання, чи створюють сприятливе середовище його розвитку. В даний час так до кінця не з'ясовано причину, що саме його викликає. Численні сучасні наукові дослідження постійно породжують нові теорії виникнення РАС.

Однією із теорій РАС є неправильне або недостатнє харчування вагітної жінки. Були виявлені випадки, коли у період внутрішньоутробного розвитку малюка жінки вживали їжу з недостатньою кількістю заліза. Анемія вагітних викликає тканинну гіпоксію та затримку розвитку дитини, тоді така дитина народжується з дефіцитом маси тіла. У вагітної жінки можуть бути метаболічні порушення – ожиріння, діабет (особливо інсулінозалежний) та гіпертензія. Науковцями було доведено, що ці порушення несуть величезну небезпеку для розумового розвитку майбутньої дитини.

Наступною теорією є наявність у матері низького імунітету, що також може стати причиною виникнення аутизму. Імунітет плода не справляється з патогенами, що атакують організм матері, таким чином, підвищується ризик негативного впливу на мозок. Вік матері старше 35 років, особливо при поганому харчуванні та наявності метаболічних порушень вдвічі підвищує ризик народження дитини з РАС. Тому жінкам старше 35 років, які бажають стати матір'ю, показано обстеження до вагітності та під час її на ваді розвитку плода.

Наукові спостереження за дітьми з екологічно небезпечних районів підтвердили, що у них РАС розвивався набагато частіше, ніж у їхніх однолітків, які живуть у незабруднених районах.

Профілактика аутизму: якщо в сім'ї вже є дитина з розладами аутистичного спектру, то шанс народження другої дитини становить до 18%. Щоб уникнути цього, необхідно розумно поставитися до майбутньої вагітності:

- зачаття планувати віком 20-35 років;
- виключити алкоголь, куріння, наркотики, контакт із пестицидами,

важкими металами, лакофарбовими виробами;

- не розігрівати їжу в мікрохвильовій печі у пластмасових контейнерах;
- зменшити кількість глютену, лактози та глютамату натрію в їжі;
- оцінити рівень вмісту в організмі вітамінів В та D;
- виключити наявність різних інфекцій, насамперед герпесу;
- протягом вагітності використовувати вітаміни груп В і D; під час

вагітності приймати Омега-3 ПНЖК щодня.

Висновки. Аутизм – важкий діагноз, але не вирок. Великий Альберт Ейнштейн був одним з «Людей дощу». Людина з діагнозом аутизм може знайти своє місце в житті та достатньо адаптуватися в суспільстві. При планування вагітності, особливо жінкам віком старше 35 років рекомендовано ретельне обстеження до вагітності та під час її.

Перспективою подальшої роботи є розробка програм соціалізації дітей з РАС.

ПОШИРЕННЯ ТРАДИЦІЙНОЇ КИТАЙСЬКОЇ МЕДИЦИНИ СЕРЕД СПОРТСМЕНІВ

Віталіна Шевченко

Харківська державна академія фізичної культури

Харків, Україна

керівник: Рубан Л.А., к.фіз.вих., доцент

Анотація. У матеріалах конференції йдеться про систему китайської практики, а саме застосуванню китайського масажу «Туйна» у спорті. Робиться акцент на основу техніки даного масажу, та його впливу на організм спортсмена. Виділяють, що даний масаж можна робити самостійно, головне знати безпечні точки, які не тільки безпечні, але й корисні для спортсменів різного класу. Масаж «Туйна» це традиційна китайська методика масажу, що знаходить все більше застосування в фізкультурно-спортивній реабілітації.

Ключові слова: Масаж «Туйна», самомасаж, реабілітація, травми, спортсмен.

Вступ. Як всім відомо, фізична підготовка спортсменів постійно прогресує та набирає оборотів у своєму вдосконаленні. Різноманітні гаджети, спортивні пристрої вже є чи не в кожному спортивному закладі. Однак, навіть найновітніша система підготовки не може обійтися без основних методів та засобів фізкультурно-спортивної реабілітації. Відомо, що на сьогодні існує безліч різноманітних приборів, які допомагають зробити масаж не тільки ефективно і корисно, але й доступним для кожного. При цьому можемо стверджувати, що насправді все давно було доступним для кожного з нас, просто ми, люди, не дуже цікавилися цим. Свої переконання ми хочемо висловити та підтвердити цією статтею, занурившись у традиційну китайську медицину та дослідивши масаж «Туйна».

Масаж «Туйна» - це традиційна китайська методика масажу, що знаходить все більше застосування в фізкультурно-спортивній реабілітації. Він використовується для поліпшення здоров'я та фізичної форми. Серед спортсменів даний вид масажу стає все більш популярним для поліпшення

рухливості, зниження болю та зняття напруги м'язів, покращенню спортивних результатів та зменшенню травматизації.

Мета та завдання дослідження проаналізувати дослідити та визначити вплив техніки масажу «Туйна» на фізичну та психологічну підготовку спортсменів.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати анкетування показали, що більшість спортсменів розуміють сенс самого масажу у спорті, як ефективний метод для поліпшення результатів і зменшення ризику травм. Респонденти дійсно, знають для чого вони використовують масаж у фізичному вихованні, та відокремлюють його, як «основний засіб відновлення».

Слід зазначити, що більшість опитуваних вибирають масажистів по відгукам інших спортсменів, а не по кваліфікації спеціаліста.

Ми можемо стверджувати, про позитивний ефект масажу «Туйна» в спорті, але слід пам'ятати і про індивідуальні особливості кожного організму та необхідність консультації з лікарем або досвідченим масажистом, особливо якщо у вас є якісь медичні показання або обмеження.

Якщо говорити про техніку даного масажу, то вона включає в себе різноманітні прийоми, такі як стискання, розтирання, тиснення, виштовхування, погладжування та вібрацію. Особливість техніки «Туйна» полягає в тому, що ці прийоми застосовуються на активних точках тіла, що знаходяться вздовж меридіанів, а також на м'язах, сухожиллях та суглобах. Ось кілька безпечних точок для самомасажу «Туйна» і їх вплив на організм людини:

Верхній край великогрудної кістки. Ця точка знаходиться між двома грудинними кістками, на відстані 4-5 см від з'єднання ребер і грудної кістки. Масаж цієї може допомогти покращити кровообіг та зняти напругу з грудної клітини.

Зовнішня частина гомілки. Ця точка знаходиться на зовнішній стороні гомілки, 2-3 см від кістки гомілки. Ця точка може допомогти покращити кровообіг в стегні та гомілці, а також зменшить біль в цій області.

Рука. Ця точка знаходиться на згині ліктя, на відстані 2-3 см від

ліктьового суглоба. Вона допомагає зняти напругу з рук та зменшити біль у лікті.

Хоча масаж Туйна може бути корисним для поліпшення здоров'я та підвищення енергії, важливо мати на увазі, що професійний масажист, який отримав відповідну освіту та навчання, може забезпечити ефективніше та безпечніше проведення процедури. Окрім цього, він зможе дати рекомендації про те, які точки потрібно стимулювати для досягнення певних цілей.

Висновки. Масаж «Туйна» має багато позитивних ефектів на фізичний і психологічний стан людини, зокрема спортсменів. Разом з тим даний масаж можна робити самостійно, але при цьому треба ознайомитися з основними принципами та методиками цієї техніки, щоб уникнути можливих пошкоджень або травм. Потрібно знати конкретні точки, які є безпечними і не вимагають спеціальної кваліфікації.

Перспективи подальших досліджень у цьому напрямку. Надалі ми плануємо провести опитування, яке буде включати в себе анкетування, стосовно того, що спортсмени знають стосовно масажу в спорті і експерименту під час якого, опитуваним потрібно буде протягом 1-ї хвилини масажувати точку «Zhongwan», яка знаходиться на середині живота, між грудними та пупковими кістками.

Науковий журнал

«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОГО МАСАЖУ»

№ 1 (8) 2023 року

Містить:

Матеріали XIV міжнародної науково-практичної інтернет-конференції
«Актуальні питання сучасного масажу» від 29-30 квітня 2023 року

Тези доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції
«Сучасні проблеми здоров'язберігаючих технологій» від 21 квітня 2023 року

Упорядник: проф. Єфіменко Павло Богуславович

За достовірність представлених у журналі матеріалів
відповідальність несуть автори

