



ХІ МІЖНАРОДНА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА ІНТЕРНЕТ-КОНФЕРЕНЦІЯ

АКТУАЛЬНІ
ПИТАННЯ
СУЧАСНОГО
МАСАЖУ



24-25 квітня 2020

ХАРКІВСЬКА ДЕРЖАВНА АКАДЕМІЯ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ХАРКІВСЬКА ДЕРЖАВНА ЗООВЕТЕРИНАРНА АКАДЕМІЯ
РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ЦЕНТР «REFIT»
ТОВ «МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР ДОКТОРА БУБНОВСЬКОГО С.М.»
МЕДИЧНИЙ ОЗДОРОВЧИЙ ЦЕНТР «FORTIS»

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОГО МАСАЖУ

XI міжнародна науково-практична інтернет-конференція

24 – 25 квітня 2020 р.

Збірник статей

Харків – 2020

УДК 61.8(08)
А 43

Актуальні питання сучасного масажу // Збірник статей XI міжнародної науково-практичної інтернет-конференції, 24-25 квітня 2020 р., ХДАФК, 2020. – 95 с.

(Укр., англ.)

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

Редакційна колегія:

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

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

Істомін А.Г. – лауреат Державної премії України в галузі науки та техніки, доктор медичних наук, професор, зав. кафедри фізичної реабілітації та спортивної медицини з курсом фізичного виховання та здоров'я ХНМУ;

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

Конференцію зареєстровано Міністерством освіти і науки України, Державною науковою установою «Український інститут науково-технічної інформації». Посвідчення № 541 від 03 жовтня 2019 р.

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

© Харківська державна академія фізичної культури, 2020

МАСАЖ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ВЕРТЕБРОГЕННОМУ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОМУ БОЛЮ

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

¹Харківська державна академія фізичної культури, Україна

²Харківський національний медичний університет, Азербайджан

Анотація. У статті наведені результати застосування масажу як складової програми фізичної терапії при хронічному вертеброгенному попереково-крижовому болю. Доведено, що застосування модифікованої методики масажу сприяє покращенню клініко-функціональних показників та якості життя даного контингенту осіб.

Ключові слова: вертеброгенний попереково-крижовий біль, масаж, мобілізація.

Abstract. The article presents the results of using massage as a component of physical therapy program for chronic vertebrogenic lumbosacral pain. The usage of the updated massage technique has been proved to contribute improving clinical and functional indicators as well as life quality of this population.

Keywords: vertebrogenic lumbosacral pain, massage, mobilization.

Вступ. В Україні за даними ВООЗ, захворювання хребта займають четверте місце після захворювань серцево-судинної системи, онкологічної патології і цукрового діабету [3]. Біль у спині є однією з найбільш частих скарг, з якою пацієнти звертаються до лікаря. Відомо, що він являється однією з провідних причин інвалідності у осіб віком до 45 років. За даними Deyo і Weinstein, кількість амбулаторних візитів зі скаргою на біль у нижній частині спини (БНЧС) у загальній картині звернень посідає друге місце, поступаючись лише респіраторним захворюванням [5].

Попереково-крижовий біль призводить до зниження якості життя, зменшення фізичної активності, неможливості підняття важких предметів, порушення сну, появи психологічних розладів (Романенко В.І., 2016, Wong A. et. al., 2017). Серед етіологічних факторів, що зумовлюють розвиток больових

синдромів у нижній ділянці спини, найчастіше зустрічаються дегенеративні зміни в кістковій і хрящовій тканині - остеохондроз попереково-крижового відділу хребта. Больовий синдром є одним із основних клінічних неврологічних проявів ураження хребта [4].

Необхідно підкреслити, що, незважаючи на те, що у близько 70% пацієнтів біль під впливом лікування проходить у відносно короткі терміни – від кількох тижнів до місяця, у хворих працездатного віку він набуває, як правило, хронічного рецидивуючого перебігу [3;6].

Тому актуальним є питання покращення результатів відновного лікування даної категорії осіб, а саме обґрунтування програм фізичної терапії з використанням ефективних методів та заходів.

Мета роботи – оцінка ефективності використання масажу під час реабілітаційного втручання при хронічному вертеброгенному попереково-крижовому болю.

Завдання дослідження:

1. Модифікувати методику масажу для чоловіків молодого віку при хронічному вертеброгенному попереково-крижовому болю.
2. Оцінити ефективність модифікованої методики масажу як складової реабілітаційного втручання на основі клініко-функціональних показників.

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

Результати дослідження та їх обговорення. Дослідження проводились з січня по березень 2020 р. на базі медичного центру фізичної реабілітації та спортивної медицини «Кінезіо» м. Харкова.

Дослідження базується на результатах обстеження 18 чоловіків з хронічним вертеброгенним попереково-крижовим болем, які були за методикою випадкових чисел розділені на 2 групи – контрольну (КГ) та основну (ОГ) – по 9 осіб. Середній вік в експериментальній групі склав $39,44 \pm 1,06$, а в контрольній – $40,66 \pm 0,88$ роки. За загальними

характеристиками, наявністю супутньої патології експериментальна та контрольна групи були однорідні.

Чоловіки обох груп проходили курс фізичної терапії.

Алгоритм реабілітаційного втручання для чоловіків обох груп складався з:

1. Обстеження: огляд, оцінка за візуальною аналоговою шкалою больових відчуттів; оцінка якості життя за опитувальником Oswestry Disability Index.

2. Постановка цілей втручання: довготермінових, короткотермінових.

3. Планування реабілітаційного втручання (складання програм): кінезотерапія, масаж.

4. Проведення реабілітаційного втручання.

5. Оцінка втручання.

При первинному дослідженні інтенсивність болю за «Візуально-аналоговою шкалою болю» чоловіки обох груп оцінили як помірну, за ВАШ – $5,22 \pm 0,27$ бали у пацієнтів основної групи і $4,88 \pm 0,20$ бали – контрольної (табл. 1).

Таблиця 1.

**Оцінка больових відчуттів за ВАШ
при первинному дослідженні**

Показники	ОГ, n = 9	КГ, n = 9	t	p
	M±m	M±m		
ВАШ, бали	$5,22 \pm 0,27$	$4,88 \pm 0,20$	0,97	>0,05

При первинному дослідженні оцінка якості життя за опитувальником Oswestry Disability Index в ОГ складала $30,55 \pm 2,27\%$, а в КГ $28,88 \pm 2,00\%$, що відповідає показникам «вище середнього», статистично значущої різниці досліджуваних показників не спостерігалось (табл. 2).

Таким чином, аналіз результатів дослідження особливостей клініко-функціонального стану хребта та якості життя осіб з вертеброгенним

попереково-крижовим болем, дозволив окреслити основний комплекс завдань, які необхідно вирішити у процесі розробки програми фізичної терапії.

Таблиця 2.

Порівняльні показники якості життя за опитувальником Oswestry Disability Index при первинному дослідженні

Шкала	ОГ, n = 9	КГ, n = 9	t	p
	M±m	M±m		
Oswestry Disability Index, %	30,55±2,27	28,88±2,00	0,55	>0,05

Розроблена програма для ОГ передбачала використання кінезотерапії та лікувального масажу за модифікованою методикою [3;4].

Основою кінезотерапії були вправи на *підвісній системі Redcord*: динамічні вправи для покращення рухливості хребта, статичні вправи для зміцнення та покращення витривалості м'язів тулуба та нижніх кінцівок, вправи у слінгах для покращення пропріорецепції. Тривалість заняття 40-60 хвилин, № 12-16.

За основу *методики масажу* прийнято методику Єфіменко П.Б. (2013) [1;2]. Вихідне положення хворого: лежачи на животі, руки вздовж тулуба, голова на бік, під гомілковостопні суглоби підкласти масажний валик. При збільшеному поперековому лордозі під живіт кладуть тверду подушечку.

У спеціальній частині масажної процедури проводять глибокі кругові розтирання кінчиками пальців у зоні основи остистих відростків, тобто в місяцях максимально наближених до дуговідросткових суглобів і задньої поверхні міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта. Для цього спочатку подушечками пальців обох рук повільно, м'яко проникають між остистими відростками і паравертебральними м'язами та плавно, без ривків відводять їх убік від хребетного стовпа. При цьому дуже важливо не допускати прослизання цих м'язів під пальцями у зворотному напрямі. Потім також плавно і без ривків пальці повертають до остистих відростків і гвинтоподібними рухами

розтирають глибокі шари масажованої зони. В цьому випадку починають від L₅ і закінчують на L₁.

На закінчення, для більшого ефекту, слід провести масаж сідниць. Його виконують за звичайною методикою, виключаючи ударні прийоми.

Наприкінці процедури, за нашими рекомендаціями, проводили мобілізацію поперекового відділу хребта.

Вихідне положення пацієнта: стоячи в колінно-кистьовому положенні (на тапчані).

Виконання маніпуляції: масажист виконує мануальний захват (однією рукою підтримує черевний прес, ребром іншої долоні фіксує остистий відросток хребця поперекового відділу) → пацієнт виконує сід на п'яти в повільному темпі. Кількість повторень 6-10 разів.

Під час виконання мобілізації рух не повинен викликати больові відчуття, якщо вони з'являються – мануальний захват робити на вище- або нижчерозташованому хребцю. Тривалість процедури масажу 20-30 хвилин, щоденно або через день, № 12-16.

Програма для КГ передбачала використання кінезотерапії та лікувального масажу за загальноприйнятими рекомендаціями МОЗ України [3;4].

Методика *кінезотерапії* була аналогічною як для чоловіків основної групи. Тривалість заняття 40-60 хвилин, № 12-16.

Лікувальний масаж спини за класичною методикою (поперекового відділу хребта). Тривалість процедури 20-30 хвилин, щоденно або через день, № 12-16.

Дослідження результатів, їх порівняння з вихідними даними (зареєстрованими на початку тренувального рухового режиму) і оцінку проводили наприкінці тренувального рухового режиму.

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

Виразність болю за ВАШ зменшилася в 3,34 раз – в експериментальній групі, тоді як в контрольній – лише в 2,22 рази (табл. 3.).

Таблиця 3.

**Оцінка функції колінного суглоба за ВАШ
при повторному дослідженні**

Показники	ОГ, n = 9	КГ, n = 9	t	p
	M±m	M±m		
ВАШ, бали	1,88±0,20	2,66±0,16	2,98	<0,05

Динаміка показників больових відчуттів чоловіків обох груп за ВАШ під впливом програм фізичної терапії представлена в таблиці 4.

Таблиця 4.

**Динаміка показників больових відчуттів за ВАШ
у чоловіків ОГ та КГ під впливом програм фізичної терапії**

Показники	Первинне дослідження	Повторне дослідження	t	p
	M±m	M±m		
Основна група, n = 9				
ВАШ, бали	5,22±0,27	1,88±0,20	11,54	<0,05
Контрольна група, n = 9				
ВАШ, бали	4,88±0,20	2,66±0,16	10,00	<0,05

При повторному дослідженні оцінка якості життя за опитувальником Oswestry Disability Index спостерігалось статистично значуще покращення показників у чоловіків ОГ та КГ в порівнянні з первинним дослідженням. Середній показник в ОГ складав 10,55±1,30%, а в КГ 15,55±1,00%.

Слід зазначити, що у 30% осіб ОГ спостерігались «відмінні показники» (табл. 5.).

Таблиця 5.

**Порівняльні показники якості життя за опитувальником
Oswestry Disability Index при повторному дослідженні**

Шкала	ОГ, n = 9	КГ, n = 9	t	p
	M±m	M±m		
Oswestry Disability Index, %	10,55±1,30	15,55±1,00	3,04	<0,05

Динаміка показників за опитувальником Oswestry Disability Index до та після заходів фізичної терапії представлена в таблиці 6.

Таблиця 6.

Динаміка показників якості життя за опитувальником Oswestry Disability Index у чоловіків ОГ та КГ під впливом програм фізичної терапії

Шкала	Первинне дослідження	Повторне дослідження	t	p
	M±m	M±m		
Основна група, n = 9				
Oswestry Disability Index, %	30,55±2,27	10,55±1,30	8,48	<0,05
Контрольна група, n = 9				
Oswestry Disability Index, %	28,88±2,00	15,55±1,00	5,65	<0,05

Отже, застосування модифікованої методики масажу на основі методики П.Б. Єфіменко з використанням мобілізації поперекового відділу хребта надає більш ефективний вплив на клініко-функціональний стан хребта та якість життя.

Висновок. Розроблена програма фізичної терапії на тренувальному руховому режимі для чоловіків основної групи передбачала використання наступних заходів: кінезотерапії та масажу за модифікованою нами методикою, а саме на основі методики П.Б. Єфіменко з мобілізацією поперекового відділу хребта.

Порівнюючи показники якості життя чоловіків обох груп, ми дійшли висновку, що при повторному дослідженні в основній групі після застосування в програмі фізичної терапії масажу за методикою П.Б. Єфіменко в поєднанні з мобілізацією поперекового відділу хребта вони були кращими, що позитивно впливає на якість життя ($p < 0,05$).

Отже, результати дослідження довели ефективність впливу модифікованої методики масажу як складової реабілітаційного втручання на якість життя чоловіків молодого віку з вертеброгенним попереково-крижовим болем на тренувальному руховому режимі.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з дослідженням відділених результатів лікування.

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. Техніка та методика класичного масажу: навчальний посібник для студ. ВНЗ фіз. вих. і спорту. 2-е вид., переробл. й доп. Харків: ХНАДУ, 2013. 296 с.

3. Кормільцев В.В. Фізична реабілітація осіб з вертеброгенною патологією в стадії ремісії із застосуванням засобів фітнесу [автореферат]. Київ: Нац. ун-т фіз. виховання і спорту; 2014. 24 с.

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

5. Мурашко Н.К., Серода В.Г., Пономаренко Ю.В. Вертеброгенні больові синдроми: навчально-методичні рекомендації. Київ, 2013. 30 с.

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

ЕФЕКТИВНІСТЬ СУ-ДЖОК ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ОБСТРУКТИВНИЙ БРОНХІТ

Брелюс Г. М.

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. У статті розглядаються основні питання, пов'язані з розробкою методів лікувальної фізичної культури в поєднанні з Су-Джок терапією при хронічному обструктивному бронхіті. Представлені результати позитивної дії зазначених методів на реабілітацію хворих.

Ключові слова: лікувальна фізична культура, су-джок, хронічний бронхіт.

Abstract. The article deals with the main issues related to the development of methods of therapeutic physical training in combination with Su-Jok therapy in chronic obstructive bronchitis. The results of the positive effect of these methods on the rehabilitation of patients are presented.

Keywords: physical therapy, su jok, chronic bronchitis.

Актуальність. Хронічні обструктивні захворювання легень – одні з найпоширеніших і обтяжливих захворювань з точки зору непрацездатності, інвалідності, смертності і соціально-економічних витрат як в Україні, так і в світі. За даними офіційної статистики, в Україні захворюваність та поширеність на хронічний обструктивний бронхіт (ХОБ) займає перші місця серед усіх захворювань. Майже 90% осіб хворих на хронічний обструктивний бронхіт – це особи працездатного віку в Україні.

Тому пріоритетним завданням для хворих ХОБ є формування реабілітаційних програм, що запобігають подальше прогресування захворювання, що є дуже актуальним завданням сучасної медицини та фізичної реабілітації.

Мета роботи. Оцінка ефективності Су-Джок терапії в комплексній реабілітації при хронічному обструктивному бронхіті.

Матеріали і методи дослідження Аналіз робіт сучасних авторів показав, що лікувальна фізична культура є одним з найважливіших засобів лікування та реабілітації хворих із захворюваннями дихальної системи, що підкреслює її актуальність. На думку багатьох авторів при захворюваннях легенів страждають всі системи організму і в першу чергу серцево-судинна. Фізичні вправи нормалізують кровообіг, позитивно впливають на динаміку нервових процесів і на адаптацію організму до різних фізичних навантажень [1.5].

Дослідивши медичні карти в поліклініці № 3 м. Харкова і провівши бесіду з хворими, ми виявили, що всі хворі перебувають на диспансерному обліку з діагнозом хронічний обструктивний бронхіт. Всього в дослідженні брали участь 25 пацієнтів, вік яких становив 42-50 років.

Хворих розділили на 2 групи: **Основна** – 13 осіб і **Контрольна** – 12 осіб. У контрольній групі проводились заняття ЛФК, що включають в себе загально-розвиваючі, спеціальні дихальні, звукові та коригуючі вправи. В основній групі до загального комплексу додали елементи Су-Джок терапії, такі як: насіннятерапія, акупресура, прогрівання БАТ і магнітотерапія.

Комплекс ЛФК розрахований на 10 днів. Через кожні 10 днів хворі відвідували лікаря для визначення динаміки захворювання і, при необхідності, внесення змін в комплекс ЛФК, змінюючи в ньому співвідношення дихальних і загально-розвиваючих вправ.

До початку реабілітаційної програми у пацієнтів обох груп відзначалися симптоми, які представлені в таблиці № 1.

Таблиця 1.

Загальні симптоми характерні для хворих із захворюваннями дихальної системи до проведення курсу реабілітації.

Симптоми	Основна група (кількість людей)	Контрольна група (кількість людей)
Зміна частоти і ритму дихання	8	7
Задишка	11	12
Кашель з виділенням мокротиння	9	9
Хворобливі відчуття в грудях	5	4
Дратівливість	7	6
Підвищена стомлюваність і низька працездатність	13	12

При призначенні ЛФК, враховувалася клініка бронхіту (стадія, ступінь порушення функції зовнішнього дихання, стан серцево-судинної системи), рівень фізичного розвитку і фізичної підготовленості хворого, характер навантажень в побуті і на виробництві.

У заняттях ЛФК при ХОБ застосовували загально-розвиваючі і спеціальні (в тому числі дихальні та звукові) вправи. Розвиваючі вправи поліпшували функцію всіх органів і систем, активізують дихання. Для стимуляції функції дихального апарату використовували вправи помірної і великої інтенсивності. Якщо ця стимуляція була протипоказана, то застосовували вправи малої інтенсивності.

Підбір засобів і форм ЛФК, вихідного положення залежали від характеру змін бронхів і наявності ускладнень з боку бронхолегеневої системи. Так, при слизово-гнійному хронічному бронхіті велике значення мають дренажні вправи і постуральний дренаж, який проводять з метою повного виведення гнійного мокротиння з бронхів. Для повного відновлення прохідності бронхів використовували звукову гімнастику з подальшим доповненням її дихальними вправами.

Видих, під час якого вимовляють звуки, полегшує відкашлювання. Заспокійливо діє на голосові зв'язки свистячі і шиплячі звуки («с», «ш-ш-ш»), які вимовляють пошепки з напіввідкритим ротом.

Промовляння звуків викликає вібрацію голосових зв'язок, яка передається на трахею, бронхи, легені, грудну клітку. Це добре допомагає для розслаблення спазмованих бронхів і бронхіол.

При звуках п, т, до, ф розвивалася найбільша сила повітряного струменя, при звуках б, г, д, в, з – середня, при звуках м, до, л, р - найменша. На видиху рекомендують вимовляти гарчачий звук р, тривалістю від 5-7 секунд на початку і до 25-30 секунд після тривалого тренування.

Разом із звуковою гімнастикою застосовували дихальні вправи статичного і динамічного характеру (з акцентом на видиху), вправи, що

тренують м'язи видиху, сприяють розвитку пружності, гнучкості та еластичності бронхів

В основній групі додатково проводили сеанси Су-Джок терапії та навчали здійснювати деякі процедури самостійно.

За методами Су-Джок терапії зони відповідності всього організму людини знаходяться на стопах та долонях. Ця система надає багато неінвазивних методів опосередкованого впливу на органи, посилюючи лікувальний вплив в комплексі, дозволяє значно скоротити строки одужання та зменшити фармакологічне навантаження на організм.

Так на сеансах хворим на ХОБ проводились прогрівання зон відповідності бронхів на долоні та стопах бездимними моксами (рис. 1), магнітотерапія фіксуванням магнітної стріли північним полюсом по ходу видиху на 20 хвилин та акупресура масажним щупом зон відповідності на кисті.

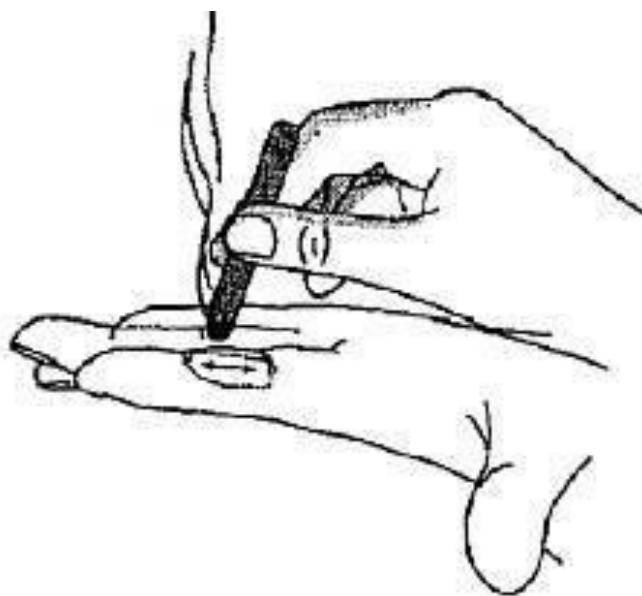


Рис. 1. Прогрівання моксами зони відповідності бронхів.

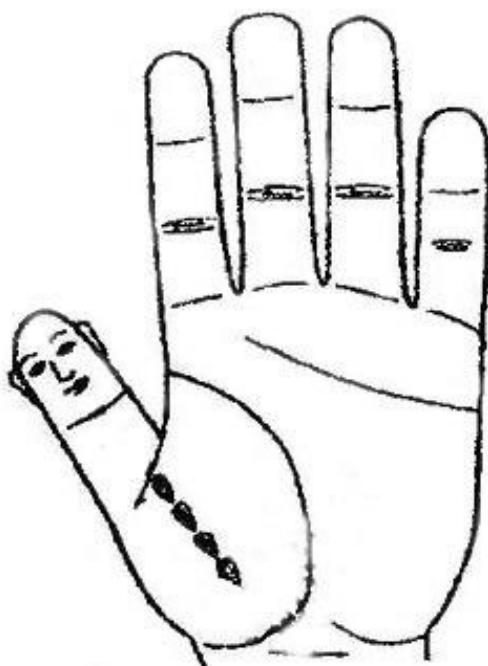


Рис. 2. Правила фіксації насіння при ХОБ.

Проводилось навчання пацієнтів насіннятерапії – фіксації насіння яблук, груш, гранату по ходу зони бронхіального дерева строком на добу, через день (рис. 2).

Результати дослідження фіксувались через 1, 3 та 6 місяців (таб. 2)

Таблиця 2.

Симптоми хворих на ХОБ після проведення курсу реабілітації

Симптоми	1 місяць		3 місяці		6 місяців	
	Основна група (кількість людей)	Контрольна група (кількість людей)	Основна група (кількість людей)	Контрольна група (кількість людей)	Основна група (кількість людей)	Контрольна група (кількість людей)
Зміна частоти і ритму дихання	5	6	1	3	-	2
Задишка	7	10	2	4	1	2
Кашель з виділенням мокротиння	7	8	2	3	-	2
Хворобливі відчуття в грудях	3	4	-	1	-	-
Дратівливість	3	4	-	1	-	-
Підвищена стомлюваність і низька працездатність	6	8	1	3	-	2

Таким чином, широке використання спеціальних фізичних вправ у поєднанні з методами Су-Джок терапії мають позитивну дію на реабілітацію хворих з ХОБ, що дозволяє більш ефективно проводити відновлювання пацієнтів та значно подовжити період ремісії.

Література

1. Гордон Н. Захворювання органів дихання і рухова активність. Київ. - 1999. – 142 с.
2. Клячко Л. М., Щегольков А. М. Медична реабілітація хворих із захворюваннями внутрішніх органів– М.: Медицина, 2000. – 326 с.
3. Захворювання легень: перспективні напрямки і деякі підсумки // *Пульмонологія. – 1994. – № 1. – С. 13–19.*
4. Кокосів А. Н., Стрельцова Е. В. Лікувальна фізична культура в реабілітації хворих із захворюваннями легень. – Л.: Медицина, 1987. – 144 с
5. Пак Чжэ Ву. Вопросы теории и практики Су -Джок терапии. *Сборник статей. Москва: Издательство «Су-Джок академия».2004. 208 с.*
6. Пак Чжэ Ву. Сам себе Су-Джок доктор. Москва: Издательство «Су-Джок Академия», – 2003. -156 с., ил., (2-е издание, дополненное и переработанное.)
7. Пак Чжэ Ву. Су-Джок семянотерапия. – Москва: Издательство «Су-Джок Академия», – 2004. -140 с.
8. Пак Чжэ Ву. Су-Джок терапия, сборник. – Москва. Издательство «Су-Джок академия». –2008. – 1374 с.
9. Физическая реабилитация / Под ред. С. Н. Попова. . Ростов-на-Дону: Феникс, 2004. 546 с.

ВПЛИВ ОЗДОРОВЧОГО САМОМАСАЖУ НА РЕКРЕАТИВНУ КУЛЬТУРУ ТА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ ТЕХНІЧНИХ ЗВО

Грохова Г.П.

Харківський національний університет радіоелектроніки, Україна

Анотація. Розкрито поняття рекреація, рекреативна культура, структурні компоненти рекреативної культури. Встановлено зв'язок між здоровим способом життя і рекреативною культурою. Запропоновано застосування оздоровчого самомасажу, як складової частини рекреативної культури. Виявлено рівні формування рекреативної культури студентів: високий, достатній і низький.

Ключові слова: рекреативна культура, оздоровчий самомасаж,

Abstract. The concept of recreation, recreational culture, structural components of recreational culture are revealed. The connection between a healthy lifestyle and recreational culture. The use of health-improving self-massage as a component of recreational culture is proposed. The levels of formation of recreational culture of students are revealed: high, sufficient and low.

Ключові слова: рекреативна культура, оздоровчий самомасаж,

Вступ. Важливим фактором професійної підготовки майбутніх фахівців є стан їхнього здоров'я. Успішність професійної діяльності майбутнього фахівця, великою мірою залежить від фізичного стану його організму, що, в свою чергу, характеризується показниками його фізичного розвитку. Все це знаходиться в прямій залежності від фізичної активності, здатності студентів до самостійних регулярних занять фізичною і рекреативною діяльністю, яка в структурі професійної діяльності майбутнього фахівця має певне значення. Саме рекреація спрямована на використання засобів фізичної культури для зміцнення і розвитку фізичних і духовних сил студентів, спілкування і відпочинку, формування орієнтації на свободу вибору форм занять, можливість прояву ініціативи і самостійності [1, 4].

Останні роки у формуванні здорового способу життя на рівні з фізичною активністю студентів великого значення приділяється застосуванню у їх побуті різних систем та засобів взаємомасажу і самомасажу [3]

Мета роботи - експериментально довести вплив рекреативної культури та використання різних систем та засобів оздоровчого самомасажу на формування здорового способу життя студентів технічних закладів вищої освіти.

Завдання дослідження.

1. На підставі аналізу наукової літератури обґрунтувати суть і структуру рекреативної культури студентів технічних ЗВО.

2. Уточнити критерії та показники рівнів формування здорового способу життя за допомогою рекреативної культури й оздоровчого класичного та інструментального самомасажу.

Матеріал та методи. Для досягнення поставленої мети були використані наступні методи дослідження: аналіз наукової літератури для порівняння, зіставлення різних поглядів на досліджувану проблему, визначення понятійно-категоріального апарату, розробки педагогічних умов формування рекреативної культури студентів; анкетування, опитування, тестування, спостереження, бесіда, діалог, методи експертних оцінок, самооцінки; методи математичної статистики для кількісного та якісного аналізу емпіричних даних.

Результати спостереження. У дослідженні брали участь 62 студентки 1 курсу у віці 18-20 років.

В результаті вивчення психолого-педагогічної літератури, спостережень за навчальною і поза навчальною діяльністю студентів, їх самооцінок і експертних оцінок уточнено основні критерії, кількісні та якісні показники, які відображали зміни на формуванні здорового способу життя за допомогою рекреативної культури, а саме: формування позитивної мотивації (позитивне ставлення до проблем рекреативної культури, стійкий інтерес до формування рекреативної культури); формування рекреативних знань, умінь і якостей;

активне використання оздоровчого самомасажу як засобу відновлення після фізичного та навчального навантаження [1, 2, 3].

Залежно від прояву сукупності певних показників формування здорового способу життя студентів характеризувалося високим, достатнім і низьким рівнями.

Високий рівень передбачав:

- позитивне повне усвідомлення цінностей людини, його здоров'я і здорового способу життя; стійкий інтерес і позитивна мотивація до рекреативної культури; усвідомлення важливості і потреби в самостійних заняттях фізкультурно-рекреативної діяльності;

- глибокі і повні знання, самостійне встановлення зв'язків між знаннями оздоровчої та психолого-педагогічної спрямованості (фізичне виховання, валеологія, безпека життєдіяльності, екологія), для їх використання у власній рекреативної діяльності;

- планування та реалізація різноманітних традиційних і нетрадиційних рекреативних засобів протягом дня, у вихідні дні та під час канікул; творче використання природних умов для організації і проведення самостійних занять фізичною рекреацією; розробка комплексу вправ ранкової гігієнічної гімнастики і фітнесу, який сприяє розвитку певних рухових якостей і відновлення сил після навчальних навантажень; активне використання оздоровчого самомасажу, як засобу відновлення після навчального та фізичного навантаження; здійснення самоконтролю з використанням найпростіших методик і систематичне ведення «Щоденника моніторингу оцінки стану здоров'я»; формування стійкого досвіду самостійного вдосконалення своєї рухової активності за рахунок лавірування навантаженням і складністю рухів (комплексів вправ та ігор); розвинене вміння передавати отримані знання і вміння іншим людям;

- рухові та вольові якості підтримуються постійно;

- постійне здійснення аналізу власної рекреативної діяльності; постійний самоконтроль за станом здоров'я свого організму; постійне внесення корективів зміни в рекреативну діяльність.

Достатній рівень характеризувався:

- нейтральне, нерегулярне прийняття цінностей людини, його здоров'я; прояв епізодичної зацікавленості до рекреативної культури, розвиток внутрішньої позитивної мотивації; усвідомленість важливості самостійних занять, але не регулярно виникає потреба в фізкультурно-рекреативної діяльності;

- за допомогою викладача встановлюються зв'язки між знаннями оздоровчої та психолого-педагогічної спрямованості, поверхневе їх використання у власній рекреативній діяльності;

- планування рекреативних заходів протягом дня, у вихідні дні та під час канікул, але із застосуванням переважно традиційних засобів; часткове використання природних умов для організації і проведення самостійних занять фізичною рекреацією; є труднощі в розробці комплексів вправ для відновлення сил після навчального навантаження; інколи використовує оздоровчий самомасаж, як засіб відновлення після навчального та фізичного навантаження; потрібна допомога при здійсненні самоконтролю з використанням найпростіших методик; систематичне ведення «Щоденника моніторингу оцінки стану здоров'я»; нестійкий навик самостійного вдосконалення своєї рухової активності за рахунок лавірування навантаженням і складністю рухів (комплексів вправ та ігор); володіння умінням передавати отримані знання і вміння іншим людям свого оточення, проте не завжди в оптимальній послідовності;

- рухові та вольові якості підтримуються, але деякі з них вимагають удосконалення;

- постійне проведення аналізу власної рекреативної діяльності, але за допомогою викладача; постійний самоконтроль за станом свого організму за

допомогою викладача; постійне внесення корективів, змін у рекреативну діяльність.

Низький рівень передбачав:

- негативний усвідомлення цінностей людини, його здоров'я і здорового способу життя; відсутність інтересу до фізкультурно-рекреативної діяльності; не має потреби займатися фізкультурно-рекреативної діяльністю;

- не встановлює зв'язку між знаннями оздоровчої та психолого-педагогічної спрямованості, не використовує їх у власній рекреативній діяльності;

- не завжди здатний спланувати засоби рекреації протягом дня, у вихідні дні та під час канікул; не використовує природні умови при організації та проведенні самостійних занять фізичною рекреацією; допускає багато помилок при розробці комплексів вправ для розвитку певних рухових якостей особистості і відновлення сил після навчальних навантажень, не використовує оздоровчий самомасаж, як засіб відновлення після навчального та фізичного навантаження;

- не завжди підтримує рекреативні якості, особливо вольові;

- відсутній аналіз власної рекреативної діяльності; не проводиться самоконтроль і корекція з використанням найпростіших методик.

На основі розглянутих рівнів було виділено дві групи студентів основної та контрольної груп.

До контрольної групи «КГ» (30 студ.) Увійшли студентки першого курсу навчання, що займаються відповідно до робочої програми спеціалізації «Фізичне виховання», яка ґрунтується на державній програмі фізичного виховання для студентів закладів вищої освіти.

До основної групи «ОГ» (32 студ.) - увійшли студентки першого курсу навчання, у яких, відповідно до опитування, було бажання займатися фітнесом, здійснювати індивідуальну корекцію практичної і самостійної діяльності на основі оздоровчої програми, а також додатково активно використовувати

природні умови щодо організації та проведення оздоровчих самостійних занять фізичною рекреацією.

Для другої групи рекомендували засоби, які включають в процес рекреативної діяльності, а саме: оптимізація режиму навантажень та відпочинку відповідно гігієнічним нормам, забезпечення раціонального харчування, створення зовнішніх умов для занять фізичними вправами (чистота повітря, достатня освітленість, штучна вентиляція, справність інвентарю, зручність одягу та ін.), відновлення після них (купання, душ, оздоровчий класичний та інструментальний самомасаж та ін.).

Висновки. На основі аналізу результатів проведеного дослідження доведено, що кращі результати отримані в групі «ОГ», в якій у студентів були розвинені рухові якості особистості, а саме - сила, гнучкість і витривалість за рахунок акценту в навчанні на здійснення індивідуальної корекції стану та можливостей організму студентів. Встановлено, що після проведення спостереження формування рекреативної культури на високому та достатньому рівнях виявили 88,5% студентів групи «ЕГ» і 62,5% - групи «КГ» (до експерименту відповідно 57,7% і 20,8%). Це дозволило студентам актуалізувати, систематизувати, зміцнити, розширити і застосувати рекреативні знання та різні системи та методи оздоровчого самомасажу в практичних ситуаціях, як в аудиторний, так і в поза аудиторний час.

Література.

1. Грохова Г.П. Формування рекреативної культури майбутніх інженерів-педагогів у процесі професійної підготовки: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. Харків, 2010. 158 с.
2. Єфіменко П.Б. Самомасаж у комплексі засобів здоров'язберігаючих технологій у студентів вищих навчальних закладів. Вісник ХНУ ім. В.Н. Каразіна № 1109 серія «Валеологія: сучасність і майбутнє» випуск. 17 // Сб. наук праць.- Харків, 2014.- С. 72-76.

3. Каніщева О.П. Масаж та інші засоби відновлення працездатності організму студента: навчальний посібник О.П. Каніщева. - Х.: ХНАДУ. 2014. - 124 с.

4. Круцевич Т.Ю., Безверхня Г.В. Рекреація у фізичній культурі різних груп населення: навч. посібник: Київ. Олімп. л-ра, 2010. 370 с.

5. Піщун С.Г. Формування культури дозвілля студентів вищих навчальних закладів в умовах роботи студентського клубу: дис. ... канд. пед. наук : 13.00.07. Суми, 2005. 254 с.

САМОМАСАЖ В РЕЖИМІ ДНЯ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ГРУПИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ БРОНХІТІ

Грохова Г.П., Прісич О.Ю., Єфіменко П.Б.

Харківський національний університет радіоелектроніки, Україна

Анотація. У статті розглянуто наявність регулярних простудних захворювань органів дихання у студентів спеціальної медичної групи. Виявлено, що ефективним засобом профілактики бронхитів є самомасаж. Визначено ефективність самомасажу особливо у комплексі із спеціальними фізичними вправами.

Ключові слова: профілактика бронхитів, самомасаж, спеціальна медична група.

Abstract. The article considers the presence of regular colds of the respiratory system in students of a special medical group. It was found that self-massage is an effective means of preventing bronchitis. The effectiveness of self-massage is determined, especially in combination with special physical exercises.

Key words: prevention of bronchitis, self-massage, special medical group.

Незвичне навчальне навантаження студентів першого курсу, нові вимоги до побуту і додаткові проблеми, особливо тих, хто мешкає в гуртожитку,

вимагають певної перебудови організму і надають на нього додаткового як психологічного, так і фізичного навантаження. За цієї причини в ньому відбувається послаблення стану здоров'я. Як результат, виникає загроза появи простудних захворювань органів респіраторної системи в холодну і вологу погоду.

Нами було проведено анкетування і перевірку стану здоров'я, а саме рівня адаптаційного потенціалу організму 73 студентів першого курсу спеціальної медичної групи Харківського національного університету радіоелектроніки. Його результати указують на те, що у 32 студентів, які найчастіше хворіють на гострі респіраторні захворювання ускладнені бронхітом, за даними перевірки рівня адаптаційного потенціалу, було виявлено його незадовільний рівень. Тобто їх організм знаходиться у до нозологічному стані.

Метою нашої роботи було виявити додаткові ефективні засоби підвищення імунітету організму і упровадити їх в побут студентів першого курсу спеціальної медичної групи, які часто боліють на бронхіти.

Завдання:

1. Вивчити дані літературних джерел і виявити найбільш ефективні засоби й методи, що сприятимуть зміцненню організму молодих людей.

2. Упровадити виявлені засоби і методи в побут студентів спеціальної медичної групи і проаналізувати отримані результати.

Хід дослідження і обговорення результатів. Серед відомих і традиційних засобів зміцнення організму людини разом із фізичними вправами і гартуванням особливе місце приділяється масажу. З усіх найбільш поширених його систем ми виділяємо класичний масаж. Ступінь його ефективного впливу як на окремі системи і органи, так і весь організм в цілому досконало вивчено і науково підтверджено багатьма провідними фахівцями і вченими-дослідниками [1, 4, 7].

Проте найбільшого ефекту можна досягти за умови проведення даної процедури, дотримуючись певних методичних вказівок. Масаж, як процедура

має свої технічні і методичні особливості та вимагає певної кваліфікації від того хто масує, а також умов для її проведення. Проте форма його проведення допускає виконання даної процедури самому собі, тобто самомасаж. При цьому зберігається необхідність дотримання згаданих правил і рекомендацій [1, 2, 6].

А у випадках відсутності фахівця, як доповнення до заходів, що проводяться в спеціальних установах, проведення самомасажу, як засобу профілактики або реабілітації студентів спеціальної медичної групи, які страждають на хронічний бронхіт, здійснюють і у вигляді самостійної процедури. У будь-якому випадку студентів необхідно правильно навчити проведенню даної процедури, особливо тих, хто цього потребує [2, 5].

При цьому слід враховувати позитивні сторони самомасажу:

- проведення самомасажу не вимагає спеціального приміщення і устаткування. Його проводять просто в звичайному приміщенні, сидячи на стільці, табуреті, дивані і т.д. [1, 5, 8];

- при оволодінні навиками цієї процедури опановують тільки тією методикою, якої потребує дана людина, що значною мірою спрощує сам процес її засвоєння [2, 5];

- у поєднанні з власними зусиллями самомасаж сприймається людиною не пасивно, як масаж, а активно. Тобто при його проведенні відбувається протидія м'язів масажуючої руки і масажованої частини тіла, що сприймається організмом людини як додаткові елементи фізичних вправ. Особисті ж відчуття при цьому дозволяють коректувати дозування і локалізацію процедури, що проводиться [5].

Нами було встановлено, що найзручніше за все проведення самомасажу із оволодіння самомасажем можливе на занятті у спеціальній медичній групі. За основу навчання нами було обрано цілісний метод навчання, який передбачав опанування самомасажем відразу усієї окремої певної частині тіла. Для цього спрощується пояснення і виконання окремих масажних прийомів, беручи за основу основний принцип – поступового проникнення в глибину масованої

ділянки з урахуванням функціонального призначення кожного з них. Успішному освоєнню матеріалу сприяє правильне пояснення і демонстрація всієї процедури на собі [2, 5].

При проведенні самомасажу особливою ділянкою на тілі людини є верхня частина спини (лопатки і міжлопаткова зона), де проведення масажних маніпуляцій своїми руками практично не можливо. При необхідності тут слід рекомендувати використання апаратного методу самомасажу за допомогою різних механічних масажерів: для погладжування і розтирання - рушники різної жорсткості, для розминання - масажер-доріжку з двома або трьома рядами роликів.

За рекомендацією П.Б. Єфіменка (2013), для профілактики бронхіту самомасаж починали зі спини, далі опрацьовували комірну зону і передню поверхню грудної клітки. При самомасажі спини особливої уваги приділяли зонам між лопатками та над ними. Початкове положення - сидячи на табуреті або стоячи. М'яку пелюшку або рушник згортали в смужку завширшки 10-12 сантиметрів. Потім поволі, без особливого натягнення погладжували спину, тримаючи обидва кінці цього пристрою обома руками рухали по чергово в протилежних напрямках. Ці рухи проводили упоперек тулуба, поступово просуваючись від нижньої межі грудної клітки максимально вгору. Далі уздовж хребта по черзі з кожного боку і потім по діагоналі. Всього 1-2 хвилини. Це сприяло зниженню підвищеної чутливості шкіри. Таким чином, особливо ретельно потрібно погладжувати вдовж нижньої межі грудної клітки, а у верхній частині – зону над лопатками.

Потім проводили розтирання тих же ділянок спини. Для цього, натягнувши рушник сильніше, добивались зсуву шкіри. Швидкість і напрям рухів такі ж, як і при погладжуванні. Особливої уваги приділяли розтиранню місцям проекції нижніх ребер, уздовж хребетного стовпа і над лопатками. Час опрацьовування 0,5 – 1 хвилин.

Повторивши декілька рухів без натягнення рушника (погладжування), проводили розминання м'язів спини масажером-доріжкою. Рухи повторювали

за тією ж послідовністю і напрямом, але значно повільніше (1 рух за 2 сек.) і із значним натиском. Особливої уваги приділяли боковим поверхням тулуба, між лопатками і над ними. При цьому, не допускали будь яких больових відчуттів. Завершували процедуру погладжуванням рушником протягом 0,5 – 1 хвилин.

Далі проводили самомасаж шиї та надпліч вже руками. Для цього приймали вихідне положення сидячи або стоячи. Для кращого розслаблення м'язів масажованої ділянки, трохи відхилялись назад, або сідали біля стіни з опорою на неї верхньою частиною потилиці.

Починали з шиї. Напрямок рухів йшов від потилиці униз до основи шиї. Самомасаж проводили відразу з обох боків. Спочатку долонною поверхнею пальців 5-6 разів погладжували. Далі великими пальцями 2-3 рази вижимали. Повторивши 2-3 погладжування, також долонною поверхнею пальців, зміщуючи шкіру, спіралеподібними рухами протягом 8-10 сек. поверхнево розтирали усю ділянку шиї. Повторивши погладжування, подушечками пальців, 3-4 рази розминали м'язи шиї й розтирали основу потилиці протягом 5-6 сек. Завершували опрацювання шиї погладжуванням (5-6 разів).

Далі по черзі, від шиї до плечового суглоба, масажували надпліччя. Для цього прийнявши вихідне положення: сидячи напівбоком до столу, клали на нього руку, зігнуту у ліктьовому суглобі. Спочатку 5-6 разів прямолінійно погладжували, далі великим пальцем 2-3 рази вижимали. Повторивши 2-3 погладжування поверхнево розтирали і після погладжування, подушечками пальців розминали м'язи надпліччя. На завершення проводили 5-6 погладжувань. Після цього теж саме повторювали на іншому боці.

На закінчення процедури масажували верхню частину передньої поверхні грудної клітки. Для цього сідали опершись на спинку стільця. Спочатку знизу вгору 5-6 разів поперемінно погладжували зону грудини. Потім ретельно подушечками пальців її розтирали (10-15 сек.). Особливої уваги приділяли реберно-грудинним з'єднанням. Дали погладжували і розтирали ключиці, особливо де вони з'єднуються з грудиною. Завершували перкусійним масажем грудини. Для цього зімкнуті пальці однієї руки клали на верхню частину

грудини. А кулаком іншої, легко по ним постукували. І після цього робили 2-3 повних вдиху та видиху.

Усю процедуру проводили потягом – 6 – 8 хвилин.

Для посилення дії даної методики самомасажу ми додатково рекомендували комплекс вправ спрямованих на різні відділи хребетного стовпа у послідовності: шийний, грудний, поперековий. Проведення цього комплексу рекомендувалось перед сеансом самомасажу [3].

Висновок.

1. Описана програма була рекомендована до самостійного застосування в побутових умовах вранці після ранкової гімнастики, перед водними процедурами. Дані повторного анкетування наприкінці навчального року показали, що у тих студентів спеціальної медичної групи, хто пройшов курс навчання і регулярно виконували наші рекомендації до її застосування в холодну пору року, кількість простудних захворювань дихальної системи значно скоротилася або проходила в значно легшій формі.

2. Проведене анкетування виявило ще один позитивний результат. 67 % студентів які додержувались наших рекомендацій, відзначили позитивну дію цього комплексу на загальний стан свого організму і почали постійно проводити даний комплекс не зважаючи на пору року.

Література

1. Бирюков А.А. Масаж и самомассаж. – Ростов н/Д: изд-во „Феникс”, 1999. – 576 с.

2. Грохова Г.П., Каніщева О.П., Єфіменко П.Б. Самомасаж у комплексі заходів профілактики бронхітів у студентів вищих навчальних закладів. Актуальні проблеми медико-біологічного забезпечення фізичної культури, спорту та фізичної реабілітації // *Збірник статей II Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції, ХДАФК. Харків : ФОП Панов А. М., 2016. С. 333-337.*

3. Єфіменко П.Б., Каніщева О.П. Ранкова гімнастика в режимі дня студента, як засіб підвищення функціональних можливостей його організму.

Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Серія № 15. К.: Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2019 – Випуск 5 (113)19. – с. 56-61

4. Єфіменко П.Б. Техніка і методика класичного масажу: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. – 2 вид. перероб. і доп. / П.Б. Єфіменко. – Х.: ХНАДУ, 2013. – 296 с.

5. Каніщева О.П. Масаж та інші засоби відновлення працездатності організму студента / О.П. Каніщева. – Х.: ХНАДУ, 2014. – 124 с.

6. Каніщева О.П. Формування здорового способу життя студентів з низькими адаптаційними можливостями // *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання й спорту. - наук. моногр. за ред. проф. Єрмакова С.С.- Харків: ХДАДМ, 2008.- №5.- С. 50-53.*

7. Руденко Р. Є. Масаж : навч. посіб. / Романна Руденко. – Л. : Мульти Арт, 2013. – 304 с.

8. Фокин В.Н. Полный курс массажа: Учебное пособие / В.Н. Фокин. – М.: ФАИР-ПРЕСС, 2000.- 512 с.

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ З РІЗНИХ ВИДІВ МАСАЖУ

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

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. Визначено, що масаж є важливим і ефективним засобом фізичної терапії. Найбільш професійно ним оволодівають у закладах вищої освіти (ЗВО), що готують фахівців з фізичної терапії. Визначено, що професійно цією дисципліною необхідно оволодівати за денною формою навчання. Однак при форс мажорних обставинах, щоб не переривати процес

навчання, необхідно це проводити дистанційно. На жаль, було з'ясовано, що не всі студенти мають доступ до комп'ютерів та Інтернету.

Запропоновано використовувати крім спеціальних дистанційних систем навчання, комунікативну програму «Viber». Виявлено, що ця програма повністю задовольняє певним вимогам щодо навчання з обмеженим контингентом студентів.

Ключові слова: фізична терапія, опанування масажем, дистанційне навчання, комунікативна програма.

Abstract. It is determined that massage is an important and effective means of physical therapy. They are most professionally mastered in institutions of higher education that train specialists in physical therapy. It is determined that professionally this discipline is necessary to master the full-time education. However, in case of force majeure, in order not to interrupt the learning process, this must be done remotely. Not all students have been found to have access to computers and the Internet. It is suggested to use in addition to special distance learning systems, a communication program «Viber». It has been found that this program fully meets certain requirements for learning with a limited student population.

Keywords: physical therapy, massage, distance learning, communication program.

Актуальність. Не викликає жодного сумніву ствердження більшості людства, що найціннішим у людини є її здоров'я. На жаль, життєві умови не завжди сприяють його збереженню і відновленню. Причиною цього є велике фізичне й психологічне навантаження як у побуті так і на виробництві. А ще можна до цього додати гіподинамію, що виникає, коли людина багато працює сидячи, наприклад, за комп'ютером, замінює пересування пішки поїздками у транспорті й т.п. Крім цього слід враховувати стреси, що пригнічують стан людини завдяки засобам масової інформації, Інтернету, різним психологічним ситуаціям, з якими людина стикається при вирішенні побутових проблем вдома та поза ним.

Враховуючи усі перелічені чинники дії навколишнього оточення на стан здоров'я людини, виникає необхідність спрямування певних дій щодо його відновлення або покращення стану. Так, для його відновлення та профілактики різних захворювань впроваджують реабілітаційний процес, до якого залучають кінезіотерапію, масаж, різні напрями мануальної терапії, фітотерапію, окремі засоби фізичної терапії, психотерапію і т.п.

Для лікування хворих працюють лікарі. Для фізичної терапії (реабілітації) тих, хто вже отримав курс лікування, працюють інші фахівці – фізичні терапевти. А над профілактикою різних захворювань людей, стан організму яких знаходиться у донозологічному або нормальному стані, працюють фахівці багатьох спеціальностей: інструктори, реабілітологи, тренери.

Для всіх рівнях стану здоров'я людини масаж є невід'ємною частиною лікувального, реабілітаційного, відновлювального та профілактичного процесів. Цьому сприяє його велика ефективність, яка класифікована у певних видах цієї процедури: лікувального масажу, оздоровчого масажу і спортивного масажу. Оволодіти масажем можна на різних курсах і семінарах. Існують навіть школи дистанційного навчання, наприклад «ЄШКО». В цьому випадку рівень підготовки цілком залежить від рівня професійної компетенції того, хто на них викладає.

Більш ґрунтовними знаннями й професійними вміннями щодо використання масажу оволодівають в профільних ЗВО, де готують фахівців реабілітаційного процесу – фізичних терапевтів.

Головною умовою підготовки фахівців з фізичної терапії є постійне підвищення якості їх освіти, ефективне застосування своїх знань, умінь і навичок в умовах лікувальних, оздоровчих і профілактичних закладів. Серед навчальних дисциплін, якими опановують майбутні фахівці, є такі, де основною складовою їх навчання є теоретична підготовка, при якій достатньо отримувати певну інформацію від викладача на лекційних та практичних заняттях. Але є й дисципліни, коли великого значення набувають вміння реалізувати отриману інформацію своїми руками. В першу чергу, це різні системи й види масажу.

Усвідомленому і досконалому оволодінню цієї дисципліною сприяють певні міждисциплінарні зв'язки. Тому програмою підготовки фахівців фізичної терапії передбачені предмети медико-біологічного напрямку [8,9].

Треба зазначити, що сучасна система освіти передбачає самостійне оволодіння інформацією з навчальної та методичної літератури, як у надрукованому вигляді, так і в електронному. В Інтернеті все більше пропонується інформації з різних галузей діяльності людини, в тому числі, з масажу. Зазвичай нерідко зустрічається помилкова, не якісна, поверхнева інформація, що призводить до автоматичного не усвідомленого повторення різних рухів, до дилетантизму.

Усе вказане вище вказує на те, що опанування масажем є складним педагогічним процесом, де крім певних знань, великого значення набувають уміння і навички. В першу чергу при навчанні необхідна відточена техніка виконання окремих масажних прийомів, а також вміння чітко їх дозувати в залежності від мети й окремих завдань даної процедури. Таким чином, оволодіння різними видами масажу повинно ґрунтуватися на технічній підготовці фахівця. Тому будь яке навчання масажу необхідно проводити з використанням найсучасніших інноваційних методів навчання [3].

Виникає питання: «А чи потрібне таке навчання для підготовки фахівців з масажу»? Відповіді на це питання сприяє ситуація щодо пандемії коронавірусу COVID-19, коли в цілому світі виникла термінова необхідність, не припиняючи освітнього процесу у ЗВО різного рівня, перейти на дистанційне навчання. При цьому з програми не можна видаляти ті чи інші навчальні дисципліни.

Метою дослідження є: розробка найбільш ефективних рекомендації з організації дистанційного навчання з різних дисциплін масажу.

Для досягнення поставленої мети сформульовано **завдання:**

1. Провести аналіз літературних джерел з організації заочного та дистанційного навчання з дисципліни «Масаж».
2. Узагальнити досвід організації і проведення дистанційного навчання при оволодінні певними професіями.

3. Скласти методичні рекомендації з організації дистанційного навчання з техніки масажних прийомів.

Матеріали та методи. Аналітичне дослідження наукової літератури, використання комп'ютерних технологій.

Результати та їх обговорення. Серед форм навчання у ЗВО виділяють: денну; вечірню; заочну, дистанційну; екстернат. Найчастіше зустрічаються перші три зазначені форми. Стосовно ЗВО медичної спрямованості, то в них підготовка майбутніх фахівців здійснюється тільки за денною (очною) формою навчання. У зв'язку з цим викладачі зазначених ЗВО не мають жодного досвіду у проведенні дистанційного навчання. Винятком можуть бути навчальні заклади післядипломної освіти, де підвищують свою кваліфікацію фахівці з базовою медичною освітою.

Певний досвід з цього приводу мають фахівці «ЄШКО». Крім цього в Україні існує велика кількість курсів з дистанційної підготовки масажистів на основі різних громадських організацій, що позиціонують свої методи навчання, як підготовку "професійних масажистів". Але, якщо проаналізувати навантаженість викладання, перелік напрямків підготовки, методологію навчання, стає зрозумілим, що на цих курсах відверто перемішуються поняття систем, форм і видів масажу, що відразу викликає сумнів ступінь їх «професійності».

Зазвичай, саме у профільних ЗВО, які ведуть підготовку фахівців з фізичної терапії, методиці масажу навчають послідовно й найбільш ґрунтовно. Аналіз літературних даних різних авторів вказує на те, що дисципліну «Масаж» слід викладати на певному кваліфікаційному рівні. Саме для цього на кафедрі фізичної терапії Харківської державної академії фізичної культури розроблені методичні рекомендації для проведення дистанційного навчального процесу щодо різних видів масажу, що включені до освітньої програми підготовки фізичних терапевтів за рівнями «Бакалавр» і «Магістр».

Найближча до дистанційного навчання за своєю формою є заочна. Вона передбачає присутність студента майже 2 рази за навчальний рік на сесії

тривалістю 3 тижні [1]. За цією формою навчання на заняттях з масажу студент має можливість відносно кваліфіковано оволодіти як технікою масажних прийомів, так і базовою методикою оздоровчого масажу окремих частин тіла. Решту часу він займається самостійно поза стінами ЗВО. Це дає йому можливість методично правильно опанувати окремі методики різних видів масажу згідно рекомендованого методичного матеріалу [3,4,6,7].

Дистанційна ж форма передбачає навчання за індивідуальним планом без будь - якого відвідування ЗВО. Студент навчається самостійно на віртуальній основі і в той же час отримує дійсні знання. А при певній організації навчального процесу з використанням інноваційних освітніх технологій, має змогу оволодіти певними практичними навичками. Зазвичай, індивідуальне навчання в академічній групі, що займається за єдиним навчальним планом, в даному випадку буде не раціональним [1].

Дистанційні освітні технології припускають такий освітній процес, в якому застосовуються інформаційні і телекомунікаційні технології при опосередкованій або частково опосередкованій взаємодії викладача зі студентом. Зазначені технології можуть використовуватись при будь - яких формах навчання на певних його етапах, в процесі реалізації як основних, так і додаткових освітніх програм. Засновники дистанційного навчання не наполягають на конкретному засобі зв'язку. На їх думку, це може бути і листування за електронною поштою, і взаємодія через особисті сайти-блоги, і вивчення матеріалів за допомогою різних електронних ресурсів, і т.п. [1,2].

У зв'язку з ситуацією, що пов'язана з оголошенням карантину, виникла необхідність переглянути організацію занять з названих навчальних дисциплін. Для здійснення цього необхідно було дещо змінити поняття про дистанційну форму навчання, де відповідно на перші позиції стають новітні інноваційні технології [3,4,5].

Тимчасове припинення лекційного навчального процесу відбулось, коли певний обсяг навчальних дисциплін з масажу, що викладались на кафедрі

фізичної терапії ХДАФК у поточному навчальному році, було вже запроваджено, як на лекціях, так і на практичних заняттях. В першу чергу, це заняття з опанування технікою проведення окремих прийомів і методик масажу різних частин тіла. Тому після засвоєння теоретичного матеріалу з фізіологічного впливу і механічної дії окремих прийомів масажу студенти вже були готові для проведення з кожним із них дистанційного практичного заняття. Диференційоване опанування методиками лікувального масажу проводилось в межах «сценарію» ділової гри, який було втілено на попередніх етапах навчання у минулі роки [4,5].

Враховуючи рівень знань і умінь студентів на даному етапі навчального процесу, достатньо було оголосити «сценарій», що вмещував такі пункти:

- умовний стан організму людини, яка отримує масаж (симптоми умовного захворювання, що розглядаються згідно робочої програми);
- завдання перед масажною процедурою, що спрямовані на усунення умовного патологічного стану людини;
- визначення локалізації проведення масажної процедури – форма загальна або часткова. Якщо часткова, то яка ділянка тіла опрацьовується;
- визначення найефективніших за своїм впливом масажних прийомів та дозування їх проведення.

Навчальна інформація доводилась до студентів через депозитарій ХДАФК. А для проведення двостороннього зв'язку зі студентами в ХДАФК було втілено систему дистанційного навчання «Moodle». Застосування цієї системи здійснюється поетапно, спочатку зі студентами магістратури, а в перспективі - зі студентами бакалаврату. Однак не зважаючи на це, певна інформація відсилалася студентам через комунікаційну програму «Viber», де кожна академічна група створювала свою підгрупу.

Стосовно опанування технікою проведення окремих масажних прийомів, треба зазначити, що програма «Viber» також має певні позитивні можливості при дистанційному навчанні. Мається на увазі, що практично у кожного студента є смартфон, на який можна оперативно записувати відео, відсилати

його й отримувати відповідь у зазначеному форматі. Це дає можливість викладачу оперативно записати техніку проведення будь - якого масажного прийому і відіслати студентам. Відповідно кожен студент має можливість оперативно продемонструвати свої вміння викладачеві і, при необхідності, отримати зауваження. Крім цього для одноосібного спілкування з окремими студентами можливо проведення відео - зв'язку в он-лайн режимі при попередній домовленості про час такої консультації.

Висновки.

1. Проведена робота з організації дистанційного навчання виявила, що на жаль, не всі студенти мають можливість доступу до комп'ютера та Інтернету.

2. Існуюча комунікативна система «Viber» при проведенні дистанційного навчання з невеликою кількістю студентів (однією-двома академічними групами) проявила себе достатньо мобільною та інформативною.

3. Проведення дистанційних занять за допомогою комунікаційного зв'язку «Viber» виявилась достатньо ефективними в навчальному процесі в умовах карантину, коли певна частка навчального матеріалу студентами була вже засвоєна.

Перспективи подальших досліджень. Планується подальше вдосконалення методики навчання з усіх видів масажу за допомогою впровадженної до навчального процесу у ХДАФК системи дистанційного навчання «Moodle», із застосуванням усіх інноваційних засобів навчання: тексти, аудіо, фото, відео треки, відео зв'язок в он-лайн режимі.

Література

1. Агапонов С.В., Джалиашвили З.О., Кречман Д.Л., Никифоров И.С., Ченосова Е.С., Юрков А.В. Средства дистанционного обучения. Методика, технология, инструментарий : пособие. Санкт-Петербург, 2003, 336 с.

2. Богданова, Н. Проблема інформатизації і соціалізації освіти // *Вища освіта України*. 2009. №2. С. 83–89.

3. Єфіменко П.Б. Інноваційний підхід до навчального процесу при вивченні лікувального масажу майбутніми реабілітологами. // *Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Серія 15. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури /фіз. культ. і спорт/*. 2015. № (57) 15. С. 123-126.

4. Єфіменко П.Б. Каніщева О.П. Впровадження інноваційних технологій у навчальний процес дисципліни «Масаж» при підготовці фахівців з фізичної реабілітації. // *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. За ред. проф. Єрмакова С.С. Харків, 2009. № 12. С 58-60.*

5. Єфіменко П.Б. Розвиток професійної компетенції студентів вищих навчальних закладів фізичного виховання і спорту на практичних заняттях зі спортивного масажу. // *Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Серія 15. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фіз. культ. і спорт)*. Київ, 2014. № (45) 14. С. 72-77.

6. Єфіменко П.Б., Каніщева О.П. Формування рекреативної діяльності майбутніх педагогів фізичної культури. // *Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Серія 15. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури /фіз. культ. і спорт/*. Київ, 2016. № (69) 16. С. 33-37.

7. Каніщева О. П., Єфіменко П. Б. Теоретичне обґрунтування певних етапів методики викладання дисципліни «Масаж» майбутнім фахівцям фізичної культури і спорту. // *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова Випуск 4 (98)*. 2018. С. 82-86.

8. Каніщева О.П. Єфіменко П.Б. Теоретичні основи різнорівневої підготовки майбутніх реабілітологів при вивченні дисциплін з масажу. // *Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Серія 15. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури /фіз. культ. і спорт/*. - Київ, 2018. № 2(96) 18. С. 29-34.

9. Руденко Р. Є. Дисципліна «Масаж» у процесі формування майбутнього фахівця з фізичного виховання та спорту // *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету ім. Т. Г. Шевченка. Серія:*

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЖЕННЯ МАСАЖНОЇ ПРОЦЕДУРИ ОСОБАМ РІЗНОГО ВІКУ З ДІАГНОЗОМ «МОБІЛЬНИЙ КІФОЗ»

Каніщева О.П., Єфіменко П.Б.

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. Вказано на залежність стану організму людини від порушення постави. Цьому сприяє деформація порожнин тулуба. Одним з таких порушень є мобільний кіфоз. Виявлено, що ефективним засобом фізичної терапії є масаж, особливо з іншими процедурами. Запропоновано доповнювати сеанс масажу постізометричною релаксацією та мануальною корекцією хребта. Отримано позитивні результати впровадженої комплексної програми на основі класичного масажу.

Ключові слова: мобільний кіфоз, класичний масаж, комплексна програма.

Abstract. The dependence of the human body on postural disorders is indicated. This is facilitated by deformation of the body cavities. One such disorder is mobile kyphosis. Massage has been found to be an effective means of physical therapy, especially with other treatments. It is suggested to supplement the massage session with post isometric relaxation and manual spinal correction. Positive results of the implemented complex program based on classical massage were obtained.

Keywords: mobile kyphosis, classic massage, complex program.

Як відомо, відчуття комфорту людини цілком залежить від стану її організму. І навіть, коли вона практично здорова, мають місце деякі чинники, які при певних ситуаціях можуть негативно впливати на відчуття комфорту, а

при постійному їхньому прояві ввести її організм у донозологічний, або як його ще називають пограничний стан. На думку фахівців, донозологічний стан - це стадія функціональної готовності організму студентів до розвитку певного захворювання, часткова адаптація (пограничний стан) до нових умов існування [5]. І як стверджують фахівці реабілітологи, донозологічний стан з часом сприяє появі певних хронічних захворювань [8].

Одним з таких чинників є порушення постави, яке супроводжується патологічно-постійним викривленням хребта. Серед них часто зустрічається збільшений грудний кіфоз, який є фізіологічним, але занадто вираженим. Фахівці розрізняють певну кількість видів кіфозу. На даний момент ми розглядаємо «кіфоз мобільний» (*k. mobilis*) який вважається придбаним за рахунок слабкості м'язів спини і звичного неправильного положення тіла, що супроводжується деформацією грудної клітки. Ця патологія піддається пасивній корекції. Коли ж людина не додержується певного ортопедичного режиму, то вигин хребта і відповідно деформація грудної клітки збільшується. А це, в свою чергу сприяє деформації внутрішніх органів, які розташовані в її середині і функціонуванню з перенапруженням.

Серед цих органів, в першу чергу страждають серце і органи дихання. Вони поступово втрачають свій нормальний функціональний стан, з'являється задишка, втрачається працездатність [8,9]. Це можна пояснити тим, що показники стану саме цих органів враховуються при виявленні адаптаційного потенціалу людини за формулою Р.М. Баєвського. Тому вкрай актуальним є, не допускати розвитку цього патологічного процесу, відновити або покращити працездатність організму людини.

Метою нашого дослідження було виявити засоби та можливості їх сполучення для покращення і підтримки здоров'я і високої життєдіяльності людини.

Було поставлено такі **завдання**:

1. Узагальнити дані науково-методичної літератури з фізичної терапії стосовно даної проблеми.

2. Обґрунтувати доцільність поєднання виявлених засобів фізичної терапії для усунення мобільного кіфозу.

Хід дослідження та обговорення результатів. Тривалий перебіг будь якої патологічної форми кіфозу поступово призводить до появи клиновидної деформації міжхребцевих дисків і хребців, а з часом руйнування хрящової тканини. З боку м'язової системи виявляється розтягнення м'язів спини, порушення функції м'язів, що формують передню черевну стінку. Згодом, якщо не вживати ніяких заходів, це викривлення стає незворотним і з роками може тільки посилюватися. В результаті людина ризикує отримати проблеми в роботі шлунково-кишкового тракту, серця, сечостатевої системи, опорно-рухового апарату і т.д. Крім цього ймовірні поширені ускладнення кіфоза у вигляді остеохондрозу хребта [6,7,8],

Не зважаючи на важність напряму реабілітації людей різного віку які мають кіфотичну поставу, огляд спеціальної методичної літератури вказує на недостатню увагу даній проблемі з боку профільних фахівців. Автори багатьох посібників і підручників з масажу як правило розглядають методичні аспекти цієї процедури при викривленнях хребта у фронтальній площині, тобто при сколіозах [1,10,11]. Тому у 2013 році нами було розроблено і запропоновано приватну методику масажу безпосередньо при кіфотичній поставі [2].

Стосовно розробок комплексного впливу на виправлення кіфотичної постави, то автори рекомендують, як правило, лікувальну фізичну культуру і масаж з загальним завданням спрямованим на укріплення тканин опорно-рухового апарату (ОРА) [6,8,9].

З огляду на важливість проблеми фізичної реабілітації людей з кіфотичною поставою, нами було складено комплексну методику фізичної терапії спрямовану на усунення, зменшення або профілактику кіфотичної постави, або мобільного кіфозу. Дана методика ґрунтується на розробленій нами методиці масажу і додатково вміщує постізометричну релаксацію і мануальну корекцію.

Методика масажу. Завданням цієї процедури нами було поставлено такі завдання:

1) покращити трофіку тканин м'язово-зв'язкового апарату усього тулуба і сприяти їхньому укріпленню;

2) коригувати стан м'язово-зв'язкового апарату задньої та передньої поверхонь тулуба надаючи стимулюючої дії на м'язові тканини у зоні збільшеного кіфозу спини та зменшити м'язове напруження у великих грудних м'язах;

3) надати рефлекторної стимулюючої дії на стан внутрішніх органів, розташованих у деформованих порожнинах грудної клітки.

Масаж починали з задньої поверхні тулуба у вихідному положенні лежачі на животі. Спочатку проводили прямолінійне погладження від крижі та гребенів клубових кісток у гору до плечових суглобів. Далі в тому ж напрямі вижимали та знову прямолінійно погладжували. Після цього проводили поверхневе розтирання усієї масажованої ділянки „пилкою” долонь і знов погладження. При цьому особливої уваги приділяли відновленню еластичності і рухливості шкіри. Після цього основою долоні і подушечками пальців розминали м'язи. Певної уваги приділяли можливим м'язовим ущільненням в зоні максимального кіфотичного вигину. Значної стимулюючої дії досягали чергуванням розминань з вижиманнями. Далі кінчиками пальців глибокими гвинтоподібними рухами розтирали тканини в зоні максимально наближеної до дуговідросткових і попереchnоріберних суглобів. Основою долонь розтирали крижі, а подушечками пальців гребені клубових кісток. І потім проводили давлючу стимуляцію паравертебральних м'язів у зоні максимального вигину: пружні пасивні скорочення і легкі натискання на вершину кіфотичного вигину. Після цього виконували стьобання або рубання. Періодично між іншими прийомами і на завершення повторювали погладження.

Після спини масажували передню поверхню грудної клітки. Спочатку опрацьовували зону великого грудного м'яза. В напрямі від грудини до

плечового суглоба поперемінно погладжували потім вижимали основою долоні. Далі проводили подвійне кільцеве розминання. Як спеціальний прийом, виконували розтягування великого грудного м'яза, для чого захопивши його між великим та іншими пальцями, плавним рухом наближають до ключиці, і утримували в натягнутому стані 3-4 секунди і також плавно відпускали. Періодично повторювали погладження. Після цього подушечками пальців спочатку погладжували міжреберні проміжки, потім дрібними спіралеподібними рухами розминали міжреберні та зубчастий м'язи. Періодично повторювали погладження. Перейшовши на інший бік виконували теж саме.

Далі погладжували зону грудини і основою долоні та подушечками пальців спіралеподібними або круговими рухами ретельно розтирали саму грудину, приділяючи особливої уваги грудинно-реберним сполученням. Потім основою долонь і великими пальцями обох рук, відразу з обох боків спочатку прямолінійно погладжували підребер'я, потім штриховими рухами їх розтирали.

Далі лежачи на спині, або сидячи на стільці, опершись на спинку, проводили постізометричну релаксацію великих грудних м'язів, при цьому однією рукою фіксували лікоть, а іншою – позаду надпліччя в зоні ключично-акроміального сполучення .

На завершення процедури у вихідному положенні стоячи, проводили модифікований прийом мануальної корекції хребта у вигляді «борцівського захвату».

Спостереження за результатами проведення даної програми здійснювались 5 кваліфікованими масажистами міста Харкова. З них троє працювали в спортивно оздоровчих центрах, один - у фітнес клубі і один - у клінічній лікарні на амбулаторному прийомі. Для початку вони пройшли інструктаж у формі одноденного методичного семінару і після цього проводили дану програму на своїх відвідувачах, які мали кінфотичну поставу. За три місяці на повторному семінарі вони звітували про отримані результати. Практично всі

вказували на ефективність даної програми. Головним показником був вимір довжини тіла у положенні сидячі та опис свої почуттів. При вимірюванні обстежуваним пропонувалось сісти на стілець як зручно, без опори на спинку. 14 осіб, яким проводили програму спостерігалось збільшення показника довжини тіла від 1,5 см до 2 см, що розглядалось як зменшення дуги кіфотичного скривлення. Крім цього вони відмітили полегшення дихання при фізичних навантаження побутового характеру: пересування по східцях, вгору, тощо.

Висновки.

1. Кіфотична постава і мобільний кіфоз мають схильність до прогресування з залученням в патологічний процес певних внутрішніх органів і систем організму людини.

2. Застосування розробленої нами методики масажу при кіфотичній поставі і мобільному кіфозі доповненої постізометричною релаксацією і мануальною корекцією хребта ефективно вирішує поставлені перед процедурою завдання спрямовані на покращення стану усього організму людей з порушенням постави, що розглядається.

Література

1. Бирюков А.А. Лечебный массаж: ученик для студ. высш. заведений А.А. Бирюков. - 2-е изд., стер. - М.: Издательский центр «Академия», 2007. - 368 с.
2. Єфіменко П. Б. Техніка та методика класичного масажу : навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. 2-ге вид. перероб й доп. Харків : ХНАДУ, 2013. 296 с.
3. Ісаєв Ю.А. Сегментарно-рефлекторний і точковий масаж в клінічній практиці. Київ: Здоров'я, 2010. - 320 с.
4. Каніщева О.П. Масаж та інші засоби відновлення працездатності організму студента: навчальний посібник. Харків : ХНАДУ. 2014. 124 с.

5. Каніщева О.П. Оцінка стану здоров'я студентів перших курсів технічних ВНЗ з низькими адаптаційними можливостями / О.П.Каніщева // Теорія та методика фізичного виховання //Наук.-метод. журнал.- Харків: видавн. «ОВС», 2010.- № 8.- С. 44-48.
6. Лечебная физическая культура при деформациях и заболеваниях опорно-двигательного аппарата у детей: учебно-методическое пособие / Сост. Н. И. Шлык., И. И. Шумихина, А. П. Жужгов; отв. ред. Н. И. Шлык. - Ижевск: Изд-во «Удмуртский университет», 2014. - 168 с.
7. Медяник З.И., Попова Л.П. Системная реконструктивная терапия опорно-двигательного аппарата человека. Харьков : Бизнес Инвестор Групп, 2011.374 с.
8. Мухін В.М. Фізична реабілітація підручник 3-тє вид., переробл. та доповн. – К.: Олімп. л-ра, 2010. – 488 с.
9. Пешкова О.В. Физическая реабилитация при нарушениях осанки и плоскостопии: метод. пособие / О.В. Пешкова, Е.Н. Мятыга, Е.В. Бисмак. – Х.: СПДФЛ Бровин А.В., 2012. – 126 с.
10. Погосян М. М. Массаж : Монография. 2-е изд. Москва : Советский спорт, 2009. 784 с.
11. Філак Я.Ф. Масаж і нетрадиційний масаж: підручник / Я.Ф. Філак, Ф.Г. Філак, - Ужгород: ФОП Сабов А.М., 2015. - 336 с.

САМОМАСАЖ У КОМПЛЕКСНІЙ ПРОГРАМІ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Каніщева О.П., Єфіменко П.Б.

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. Виявлено, що на стан організму людини негативно впливають з одного боку значні сучасні навантаження, а з іншого гіподинамія. Найчастіше від цього страждає дихальна система. Визначено, що покращення адаптаційних здібностей організму позитивно впливає на профілактику органів дихання до застудних захворювань. Запропоновано програму профілактики цих захворювань, що складається з самомасажу та авторської методики ранкової гімнастики.

Ключові слова: органи дихання, застудні захворювання, профілактика, самомасаж, ранкова гімнастика.

Abstract. It is revealed that on the one hand considerable modern loads, and on the other insufficient motor activity, are negatively affected by the condition of the human body. Most often, the respiratory system suffers from this. It is determined that improving the adaptive capacity of the body has a positive effect on the prevention of respiratory organs to colds. The program of prevention of these diseases, consisting of self-massage and the author's method of morning gymnastics, is offered.

Key words: respiratory organs, colds, prevention, self-massage morning gymnastics.

Актуальність. Стан організму людини є суттєвим чинником для визначення якості життя. Як відомо певні вади здоров'я, негативним чином впливають на її життєдіяльність. Сучасні навантаження як у побуті, так і при виконанні своїх професійних, службових обов'язків відбиваються на кінцевому результаті. Крім цього, необхідна для людини рухова активність, чи то професійні або аматорські заняття спортом цілком залежать, від того, здорова вона або прихворіла.

При цьому вимальовується чітка взаємозалежність між станом окремих органів і систем. Ще лікарі Стародавнього Сходу виявили цю залежність і відобразили її відомою і в наші дні системою У-Сін. А видатні вчені фізіологи минулого сторіччя, підтвердили це певною участю у даному процесі нервової системи людини за допомогою рефлексів: вісцеро-сенсорного, вісцеро-моторного і вісцеро-вісцерального.

Найбільш поширеною проявляється залежність серцево-судинної системи від дихальної. При цьому обидві ці системи певним чином впливають на рівень адаптаційних можливостей усього організму. А людина зі слабкими адаптаційними можливостями організму схильна до втрати працездатності, виникнення певних захворювань. У зв'язку з цим питання профілактики застудних захворювань органів дихання людини, є актуальним, особливо в холодні пори року [2, 5].

Над розробкою методик профілактики і реабілітації хворих після цих захворювань працює багато фахівців фізичної терапії. Результати їх праці відбито в наукових статтях, методичних рекомендаціях, навчальних посібниках і підручниках [1, 2, 6, 7].

Одним з ефективних засобів фізичної терапії у даному напрямі є різні системи і форми масажу. Однак людина, яка потребує такої допомоги, не завжди має можливість скористатися такою послугою фахівця. В цьому випадку певного ефекту можна отримати від самомасажу.

Метою нашої роботи було виявити додаткові ефективні засоби профілактики захворювань органів дихання в комплексі з самомасажем і упровадити їх у побут людей, які часто хворіють на бронхіти у зимовий період.

Для досягнення зазначеної мети нами поставлено такі завдання **завдання**:

1. Провести огляд літературних джерел і виявити найпростіші і найбільш ефективні засоби й методи, що сприятимуть укріпленню органів дихання.
2. Скласти комплексну програму укріплення органів дихання на базі класичного самомасажу грудної клітки.

Хід дослідження та обговорення результатів. Міра ефективності класичного масажу і самомасажу, що позитивно впливають на стан як окремих систем і органів, так і на увесь організм людини у цілому, доведена багатьма фахівцями і вченими-дослідниками, які займаються проблемою оздоровлення людини. Вони вказують на те, що масаж є традиційним засобом зміцнення її організму особливо в комплексі з іншими засобами фізичної терапії [3, 5, 6, 7].

Однак ступінь ефективності реабілітаційних заходів залежить від послідовності дій при проведенні самої процедури масажу або самомасажу та підібраних інших засобів фізичної терапії.

Якщо розглядати масаж як базову процедуру, то важливо враховувати те, що вона має певні технічні й методичні особливості проведення, з її цілеспрямованим впливом на організм людини. Тут існує чітка залежність між конкретною методикою, тобто послідовністю прийомів, їх дозуванням і локалізацією масажних дій і відповідною реакцією організму людини, а саме отриманим результатом.

Стосовно послідовності дій, то вона повинна додержуватись єдиного правила масажу - поступового проникнення в глибину масажованих тканин. Це правило об'єднує багатьох фахівців, які при описі процедури користуються різною термінологією. Тобто вказують різні назви, одних і тих же масажних прийомів.

Інша справа, коли пропонується не однакова їхня послідовність. Наприклад за одними авторами розтирання проводять перед розминанням, за іншими – після. Однак враховуючи анатомічну будову масажованих тканин, то спочатку розтирають м'язові фасції, потім розминають безпосередньо м'язи, після цього розтирають сухожилля та їх прикріплення. Хоча є підтвердження того, що розтирання м'язових сухожилць певним позитивним чином впливає на стан м'язів до яких вони прикріплюються [3]. А значить їх також можна розтирати перед опрацюванням м'язових тканин. Саме від цього й залежить перевага тієї чи іншої приватної методики масажу. А враховуючи те, що в

масажі або самомасажі використовуються одні й ті ж прийоми, то й правила проведення такої процедури повинні бути однакові.

Серед інших систем масажу нами було обрано плантарний масаж, який полягає в масажі рефлексорних зон стоп, більша частина яких локалізується на підшвах. Тому найчастіше обмежуються саме цими зонами. Його ефективність доведена практикою багатьох фахівців [3, 5]. Найпростіший варіант самомасажу рефлексорних зон стіп, це топтання підшвами по дрібним камінцям, затверділим каштанам, спеціальним масажерам та інш., що відноситься до інструментального методу масажу. Цей метод не потребує часу на окреме навчання його застосування.

Із спеціальних вправ ми застосовували розроблений нами комплекс вправ спрямований на підвищення адаптаційних можливостей організму людини [4, 5]. Певного значення приділялось послідовності виконання. Її особливістю є те, що починали будь які вправи з хребта. Спочатку з шийного відділу, потім у вправи залучали грудний і далі поперековий. І тільки після цього проводили вправи на суглобах верхніх кінцівок: плечових, ліктьових і кистей. І далі на суглобах нижніх кінцівок: кульшові, колінні й стопи.

Для профілактики простудних захворювань органів дихання і в першу чергу бронхітів нами була складена наступна програма:

1. Проведення щоденної ранкової гімнастики у послідовності виконання вправ за нашою розробкою.
2. Проведення плантарного самомасажу наприкінці виконання гімнастичних вправ.
3. Проведення класичного самомасажу курсами по 10 сеансів з інтервалом 1-1,5 місяці.

Самомасаж проводили в послідовності: носо-губний трикутник, комірною зоною, передня поверхня грудної клітки.

Спочатку сидячи на стільці подушечками пальців погладжували й розтирали носо-губний трикутник протягом 1-1,5 хвилини. Далі гребенем тильної поверхні кулака прямолінійними рухами розтирали задні підребер'я, протягом до 1 хвилини.

Після цього, у тому ж вихідному положенні, проводили ручний самомасаж шиї та надпліч. Для кращого розслаблення м'язів масажованої ділянки, відхилялись назад, або сідали біля стіни з опорою на неї верхньою частиною потилиці. Напрям рухів йшов від потилиці униз до основи шиї. Самомасаж проводили відразу з обох боків. Спочатку долонною поверхнею чотирьох пальців 5-6 разів погладжували. Далі великими пальцями 2-3 рази вижимали. Повторивши 2-3 погладження, також долонною поверхнею пальців, зміщуючи шкіру, спіралеподібними рухами протягом 8-10 сек. поверхнево розтирали усю ділянку шиї. Повторивши погладження, подушечками пальців, 3-4 рази розминали м'язи шиї й розтирали основу потилиці протягом 5-6 сек. Завершували опрацювання шиї погладженням (5-6 разів).

Далі по черзі з кожного боку, від шиї до плечового суглоба, масажували надпліччя. Для цього прийнявши вихідне положення сидячи напівбоком до столу, клали на нього руку, зігнуту у ліктьовому суглобі. Тут спочатку 5-6 разів прямолінійно погладжували, далі великим пальцем 2-3 рази вижимали. Повторивши 2-3 погладження поверхнево долонною поверхнею пальців прямолінійно розтирали і після погладження, подушечками пальців розминали м'язи надпліччя. На завершення проводили 5-6 погладжувань. Після цього теж саме повторювали на іншому боці.

Потім масажували передню поверхню грудної клітки. Спочатку верхню половину, потім нижню. Для цього сідали опершись на спинку стільця. Спочатку знизу вгору 5-6 разів поперемінно погладжували зону грудини. Потім ретельно подушечками пальців її розтирали (20-30 сек.). Особливої уваги

приділяли місцям, де з нею з'єднуються ребра. Дали погладжували і розтирали ключиці, особливо де вони з'єднуються з грудиною.

Після цього почергово з кожної сторони долонями погладжували зону ребер та підребер'їв і подушечками пальців розтирали міжреберні проміжки й підребер'я.

На закінчення проводили перкусійний масаж грудини. Для цього зімкнути пальці однієї руки і притискали до верхньої частини грудини. А кулаком іншої, легко по ним постукували. І після цього робили 2-3 повних вдиху та видиху. Усю процедуру проводили потягом 6 – 8 хвилин.

Для проведення нашого спостереження дану програму було запропоновано усім хто щорічно хворів на гострий бронхіт. Серед студентів та магістрантів Харківської державної академії фізичної культури було проведено бесіди з пропозицією прийняти участь у даному заході, серед яких було виявлено 17 осіб бажаючих. З них 9 жінок статі, 8 – чоловіків. Дослідження проводилось поточним методом, тобто була створена одна група, учасники якої порівнювали та оцінювали свій поточний стан з минулим роком. Усім учасникам було розписано комплекс вправ і проведено інструктаж з методики масажу. А враховуючи те, що всі вони згідно навчальному плану вивчали курс масажу, то їм було достатньо тільки нагадати деякі фрагменти запропонованої методики.

Для об'єктивної оцінки відповідної реакції з боку організму учасників нашого спостереження нами біло проведене замірювання екскурсії грудної клітки за допомогою вимірювальної стрічки і вимірювання пікової швидкості видиху за допомогою пікфлуометра Rocketpeak - пікфлуометрії. Ці заміри було проведено на початку і на завершенні нашого дослідження. Крім цього кожний учасник отримав завдання слідкувати за змінами у своєму стані і щомісяця заносити їх до щоденника.

Починаючи з останнього тижня жовтня 2019 року було розпочато проведення даної програми. Згідно попередньої домовленості на останньому

тижні кожного місяця учасники дослідження доповідали про хід проведення заходу і при необхідності отримували консультацію або певну корекцію своїх дій. А протягом третього тижня квітня 2020 року від кожного учасника було отримано результати спостереження. Показники вимірювань, через оголошення карантину, учасники надали в телефонному режимі не повністю, а тільки те, що можна було провести самостійно вдома. Це були дані екскурсії грудної клітини і опис своїх відчуттів, згідно яких було виявлено таке:

- 2 учасника чоловічої статі за певних причин припинили свої спостереження про що попередили завчасно;

- 9 учасників, з яких 5 жіночої і 4 чоловічої статі, увесь зимовий період обійшлися без звичних бронхітів. Показники екскурсії грудної клітки збільшились у середньому на 3-4 см;

- 5 учасників з яких 4 жіночої і 1 чоловічої статі відмічали початок захворювання але воно не досягло звичної для них форми. Показники екскурсії грудної клітки збільшились на 2-3 см.

- 1 учасник чоловічої статі переніс гострий бронхіт у звичайній для себе формі. Але це було спровоковано значним переохолодженням. Екскурсія грудної клітки ледве досягла вихідного показника.

Висновки:

1. За даними літературних джерел самомасаж за різними системами, як засіб попередження застудних захворювань органів дихання освітлений достатньо. Але в комплексі з іншими засобами фізичної терапії, розглядається не достатньо.

2. Розроблена комплексна програма спрямована на попередження захворювань на хронічний бронхіт виявила себе дієспроможною за рахунок залучення до процедури самомасажу рефлекторних зон пов'язаних не тільки з бронхами, а й з верхніми дихальними шляхами – носо-губний трикутник, та з легенями – міжреберні проміжки й підребер'я.

Перспективи подальших досліджень. Подальші наші дослідження будуть спрямовані на розробку методичних розробок стосовно підвищення адаптаційних можливостей організму за допомогою інструментальних методів масажу,

Література

1. Бирюков А.А. Лечебный массаж: учебник для студ. высш. заведений А.А. Бирюков. - 2-е изд., стер. - М.: Издательский центр «Академия», 2007. - 368 с.

2. Єфіменко П.Б. Самомасаж у комплексі засобів здоров'язберігаючих технологій у студентів вищих навчальних закладів. *Вісник ХНУ ім. В.Н. Каразіна № 1109 серія «Валеологія: сучасність і майбутнє» випуск. 17 // Сб. наук праць.- Харків, 2014.- С. 72-76.*

3. Єфіменко П.Б. Техніка та методика класичного масажу: [навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів фізичного виховання і спорту]. / П.Б. Єфіменко. - Х.:ХНАДУ. 2013.-296 с.

4. Єфіменко П.Б., Каніщева О.П. Ранкова гімнастика в режимі дня студента, як засіб підвищення функціональних можливостей його організму. *Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Серія № 15. К.: Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2019 – Випуск 5 (113)19. – с. 56-61*

5. Каніщева О.П. Масаж та інші засоби відновлення працездатності організму студента: навчальний посібник О.П. Канпцева. - Х.: ХНАДУ. 2014. - 124 с.

6. Руденко Р. Масаж: навчальний посібник / Р. Руденко. - Л: ЛДУФК, 2015. - 304 с.

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

РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ МАСАЖ ПРИ ПОСТУРАЛЬНИХ ПОРУШЕННЯХ, БОЛЬОВИХ СИНДРОМАХ І ВЕГЕТАТИВНІЙ ДИСФУНКЦІЇ

Осіпов В. М.

Бердянський державний педагогічний університет

Центр хребта «Eurospine», м. Бердянськ, Україна

Анотація. У статті розглядаються рекомендації для практикуючих масажистів, фізичних терапевтів щодо проведення реабілітаційного масажу при вегетативній і міофасціальній дисфункції та постуральних порушеннях, що підвищить ефективність та результативність реабілітаційних заходів.

Ключові слова: реабілітаційний масаж, міофасціальний больовий синдром, вегетативна дисфункція, примітивні рефлекси.

Annotation. The article discusses recommendations for practicing massage therapists, physical therapists to conduct rehabilitation massage for vegetative and myofascial dysfunction and postural disorders, which will increase the efficiency and effectiveness of rehabilitation activities.

Key words: rehabilitation massage, myofascial pain syndrome, autonomic dysfunction, primitive reflexes.

Вступ. Більшість фахівців, які займаються лікуванням болю у м'язах спини, ший, верхніх і нижніх кінцівок підтримують теорію, що основною причиною цих страждань є остеохондроз хребта, як дегенеративно-дистрофічний процес у міжхребцевих дисках. Але ж, остеохондроз, не є діагнозом, це – інволютивний, адаптаційний процес організму, вилікувати який неможливо, а біль у м'язах то з'являється, то зникає навіть без усякого лікування. Проте, пацієнтам, які звертаються за допомогою до лікарів з відповідними скаргами, найчастіше виставляється діагноз «остеохондроз», призначаються дорогі методи дообстеження (КТ, МРТ), які обов'язково підтвердять морфологічні зміни хребта, але пацієнту від цього краще не стає.

Насправді, в основі міогенного болю лежить компенсаторне перевантаження деяких м'язів внаслідок порушення постави, ходи, корінцевої

патології чи травми. Організм виключає уражені м'язи, а потім і суглоб, пропріорецептори не сигналізують про активність даного регіону тіла і руховий стереотип людини перебудовується, компенсаторно перевантажуючи інші суглоби і регіони, змінюється біомеханіка рухів. Парадокс у тому, що функціонально слабкий, уражений м'яз не болить, а біль локалізується в структурах, які компенсують порушення біомеханіки: суглоби, зв'язки, фасції та м'язи інших регіонів тіла [1].

Найпоширенішим методом лікування пацієнтів з міофасціальним болем, окрім медикаментозного, є масаж [3, 4]. Традиційно масаж, як мануальний вплив на тіло, застосовується, найчастіше, в місцях локалізації болю, що не завжди призводить до позитивного результату, оскільки не вирішує головної проблеми – пошуку причини больових відчуттів і унеможлиблює визначення критеріїв оцінки ефективності проведеного курсу масажу.

Масаж є найдавнішим методом мануальної терапії, яким у Давні Часи володіли знахарі та костоправи різних національностей, епох і культур при лікуванні травм, переломів кісток, вивихів та забоїв. Серед них і такі відомі імена як Гіппократ, Гален, Авіценна, Цельс. Однак наукове вивчення масажу в Європі почалося тільки в 70-х роках дев'ятнадцятого століття. Насьогодні, техніка та методологія класичної системи масажу, розроблена вітчизняними вченими, наразі є найбільш науково-обґрунтованою і методично закінченою [2, 7]. Але, масажисти у своїй роботі, найчастіше керуються призначеннями лікаря, оскільки масаж у клінічній медицині сприймається як процедура, а масажист всього лише її виконавець, тому ніякої оцінки ефективності цієї процедури не застосовується. Тому багато пацієнтів після проведеного курсу масажу не відчують стійкого результату.

Мета дослідження – надати методичну допомогу фахівцям сфери реабілітаційної медицини з проведення реабілітаційного масажу з урахуванням дисфункції нервової системи, її соматичного та вегетативного компоненту для підвищення ефективності лікувально-реабілітаційних заходів при постуральних порушеннях і хронічних міофасціальних больових синдромах.

Методи дослідження: теоретичний аналіз і узагальнення даних наукової, методичної літератури та власного практичного досвіду роботи.

Хід дослідження та обговорення результатів. Найважливішим ресурсом кожної людини є здоров'я, а для того щоб бути здоровим необхідно адекватно реагувати на вплив зовнішнього і внутрішнього середовища: механічні, хімічні, енергетичні та інформаційні навантаження. І головним чином, за цей процес відповідає нервова система людини, яку розділяють на вегетативну та соматичну [1].

Соматична нервова система включає головний, спинний мозок та периферичні нерви, керує роботою скелетних м'язів, забезпечує іннервацію шкіри. Вегетативна (автономна) нервова система (ВНС) керує роботою внутрішніх органів і забезпечує життєво необхідні функції організму: живлення, дихання, виділення, циркуляцію рідин, розмноження, розділяється вона симпатичний та парасимпатичний відділи, які по суті між собою є антагоністами.

Симпатичний відділ посилює роботу органів (прискорюється серцебиття, звужуються судини, знижується моторика шлунку), а парасимпатичний, навпаки сповільнює (знижується частота серцебиття, розширюються судини, стимулюється робота шлунка). Вегетативна нервова система приймає безпосередню участь у трофіці тканин організму, а її дисфункція призводить до зниження адаптаційних резервів організму.

Біль з яким приходять пацієнт має різну причину: механічну, емоційну або метаболічну, але відчуття локалізації болю будуть абсолютно однакові. Масаж, як відновлювальна процедура за своєю фізіологічною дією, спрямований на стимуляцію нервово-м'язового апарату, який керується рефlekсами саме соматичної нервової системи. Такий підхід працює дуже добре, коли мова йде про біль механічного характеру, коли його інтенсивність залежить від положення тіла пацієнта (стоячи, сидячи або лежачи), то в результаті болять перевантажені спазмовані м'язи, які компенсують слабкість (гіпотонію) інших регіонів тіла. Тому, перш ніж розпочати процедуру масажу необхідно виявити

причину больового синдрому та проаналізувати користь і вплив на неї масажу. З цією метою проводиться візуальна діагностика і пальпація, що дозволить виявити слабкі проблемні м'язи, які порушують біомеханіку тіла [5].

М'яз може бути гіпотонічним з таких причин [1, 8]:

- 1) ураження тригерними точками, фасціальне вкорочення або нестабільність місць прикріплення м'яза, що визначається методом пальпації;
- 2) ураження на сегментарному рівні, може бути здавлений нерв у будь-якому регіоні тіла. Щоб знайти проблемний регіон необхідно визначити положення тіла, яке провокує біль: стоячи на одній або обох ногах чи сидячи;
- 3) ураження на центральному рівні, треба відновити роботу м'язово-фасціальних ланцюгів, як систему стабілізації та утримання окремих регіонів тіла.

У таких випадках, коли причиною больового синдрому є ураження збоку соматичної нервової системи, масаж дає гарний та стійкий результат без додаткового загострення стану пацієнта. Якщо необхідно зняти спазм та напруження м'язів, то краще вибрати тривалий масаж помірного ступеня інтенсивності з ритмічним виконанням масажних прийомів (переважно погладжування і розтирання) на великих поверхнях. Якщо ж необхідно підвищити тонус організму, простимулювати гіпотонічні м'язи то потрібен інтенсивний короткочасний масаж, при якому більше часу приділяється розминнанню і переривчастій вібрації.

У разі емоційних або біохімічних причин болю, у пацієнта може бути ураженою вегетативна нервова система (ВНС), як результат дисфункції внутрішніх органів, оскільки саме там знаходиться її рецепторний апарат, і з'являються вегетативні (примітивні) рефлексії, які подавляють відновлення соматичної нервової системи [6].

При активізації вегетативної нервової системи подразнення м'язів здійснюється саме від внутрішніх органів, тобто включаються вісцеромоторні рефлексії, коли біль у м'язах виникає при активізації симпатичної або парасимпатичної частини ВНС. Тобто, порушення функції соматичної нервової

системи призводить до периферичної інгібіції впливу центральної нервової системи і активації патологічних примітивних рефлексів, які замикаються в окремій зоні спинного мозку.

Примітивні рефлекси – це вроджені рефлекси, що забезпечують життєдіяльність організму людини до розвитку вищої нервової діяльності (кори головного мозку). Кожен примітивний рефлекс має психогенну (емоційну), вегетативну і рухову складові, які функціонально і анатомічно пов'язані. В нормі вони проявляються і згасають у новонародженої дитини в певний час, відповідаючи стадіям розвитку нервової системи [1, 8].

Після розвитку ЦНС примітивні безумовні рефлекси втрачають свою значимість та інтегруються в постуральні рефлекси. Активізація примітивних безумовних рефлексів відбувається тільки при несприятливих умовах для роботи соматичної нервової системи, як компенсаторна реакція на сильний подразник, що призводить до дезорганізації соматичної нервової системи.

У таких випадках механічний масаж буде неефективний, оскільки будь-які зовнішні подразнення будуть викликати в пацієнта як ускладнення з боку внутрішніх органів і погіршення самопочуття, так і негативні емоційні реакції (гнів або страх), в залежності від того, який відділ ВНС уражений – симпатичний чи парасимпатичний. Такі пацієнти будуть конфліктні та постійно незадоволені роботою масажиста.

Щоб не допустити таких проблем, необхідно провести повноцінне обстеження та лікування пацієнта, а масаж лише забезпечує підтримуючу терапію за допомогою роботи на нейро-судинних та нейро-лімфатичних точках. Оскільки у кожного м'яза і внутрішнього органа є свої рефлекси, що регулюють тонус скелетних м'язів (табл.1), коли можна поліпшити лімфообіг, кровопостачання і зняти емоційний стрес [1].

При огляді дорослого пацієнта, важливо оцінити стан його соматичної нервової системи, функцію периферичних нервів верхніх, нижніх кінцівок, тулуба, черепно-мозкових нервів, а також виявити активність примітивних рефлексів. Відновлення відповідності активності примітивних рефлексів віку

пацієнта є дуже важливим для оптимізації функції соматичної нервової системи. Як тільки центральна нервова система відновлюється, то примітивні рефлекси втрачають свою значимість і трансформуються в усвідомлені рухи і в нормі більше не викликаються.

Таблиця 1

Функціональні зв'язки внутрішніх органів і м'язів

Асоціативні м'язи	Внутрішній орган
підлопатковий м'яз	серце
передній зубчатий м'яз, дельтовидний	легені
малий круглий м'яз	щитовидна залоза
підколінний м'яз	жовчний міхур
ключична порція великого грудного м'яза, біцепс, круглий і квадратний пронатор передпліччя	шлунок
флексори та екстензори шиї, грудиноключичнососкоподібний м'яз	синуси
найширший м'яз спини, трицепс	підшлункова залоза
верзня порція трапеції	око, вухо
середня та нижня порції трапеції	селезінка
грудинна порція великого грудного м'яза	печінка
портняжна, камбаловидна, ікроножна, задня великогомілкова	наднирники
квадріцепс, прямий м'яз живота	тонкий кишечник
клубово-поперековий м'яз	нирки
екстензори стегна	пряма кишка
квадратний поперековий м'яз	апендикс
великий сідничний м'яз	репродуктивні органи
м'яз натягувач широкої фасції стегна	товста кишка
грушоподібний м'яз	репродуктивні органи
аддуктори стегна	матка, простата
довгий і короткий малоомілковий м'яз, передній великогомілковий	сечовий міхур

При будь-якій дезорганізації соматичної нервової системи (травма або стрес) виникає зворотній відкат на її примітивний рівень розвитку до безумовних рефлексів. Враховуючи цей факт необхідно реабілітаційні заходи

спрямувати на пошук примітивних вегетативних рефлексів і встановлення рівня ураження нервової системи; всі терапевтичні дії повинні бути спрямовані на розвиток нервової системи з того рівня ураження, який був виявлений.

Висновки. Традиційний лікувальний масаж наразі не вирішує основної проблеми пацієнтів – визначення причини больових відчуттів. Оскільки, найчастіше, саме масажисти, як фахівці з вищою освітою, стають першою ланкою в наданні медичної допомоги пацієнтам з м'язовими больовими синдромами різних регіонів тіла і постуральними порушеннями.

Таким чином, щоб підвищити ефективність і результативність реабілітаційного масажу для пацієнтів даної категорії необхідно вирішити п'ять основних завдань:

- 1) виявити причину больового синдрому та визначити прогноз від масажного впливу;
- 2) визначити пріоритетний регіон ураження, який найчастіше пацієнта не турбує;
- 3) правильно підібрати методику масажу з врахуванням рівня ураження нервової системи;
- 4) оцінити ефективність проведених реабілітаційних заходів;
- 5) налаштувати організм на правильну і тривалу роботу по самовідновленню.

Використання такого підходу в роботі масажиста значно підвищить ефективність та результативність сеансів масажу при міофасціальних болях різного генезу та дасть можливість створювати індивідуально орієнтовані, високоефективні реабілітаційні програми.

Перспективи подальших досліджень будуть спрямовані на вивчення методик реабілітаційного масажу при міофасціальній дисфункції та постуральних і локомоторних порушеннях.

Література

1. Васильева Л.Ф. Прикладная кинезиология. Искусство восстановления здоровья / Л.Ф. Васильева. – Одесса: УАПК, 2018. – 156 с.

2. Єфіменко П.Б. Техніка та методика класичного масажу / П.Б. Єфіменко. – Харків: «ОВС», 2007. – 216 с.

3. Осіпов В. Мануальний масаж як засіб фізичної реабілітації при міофасціальному больовому синдромі / Осіпов В. // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : наук. моногр. / за ред. С. С. Єрмакова. – Х., 2007. – № 6. – С. 214–216.

4. Осіпов В.М. Методика контрастного лікувального масажу при міофасціальних больових синдромах / В.М. Осіпов // Актуальні питання сучасного масажу // Збірник статей ІХ міжн. наук.-практ. конф., 21-22 квітня 2018. – Харків: ХДАФК, 2018. – С. 42-47.

5. Осіпов В.М. Базовий алгоритм діагностичних і терапевтичних заходів у практиці масажиста при міофасціальній дисфункції / В.М. Осіпов // Актуальні питання сучасного масажу: збір. стат. X Міжн. наук.-практ. конф., 19–20 квітня 2019 р. – Харків: ХДАФК, 2019. – С.47-53.

6. Осіпов В.М. Роль вегетативної нервової системи та примітивних рефлексів у розвитку хронічного міофасціального больового синдрому / В.М. Осіпов // 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., 2019. – С. 145-148.

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

8. Томас В. Майерс. Анатомические поезда. 3-е издание / Томас В. Майерс. – К.: Форс Украина, 2019. – 320 с.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ ВИДІВ МАСАЖУ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ СПОРТИВНОЇ РОБОТОЗДАТНОСТІ КОНЕЙ

Петрушко М. П., Тарасенко М. В.

Харківська державна зооветеринарна академія, Харків, Україна

Анотація: у роботі досліджено вплив різних видів масажу на швидкість протікання відновлювальних процесів в організмі коней після фізичного навантаження шляхом аналізу динаміки показників частоти пульсу і дихання.

Ключові слова: кінь, масаж, роботоздатність, відновлення, пульс, дихання.

Summary: the influence of different types of massage on the rate of recovery processes in the body of horses after physical activity by analyzing the dynamics of pulse and breathing rate has been investigated in this work.

Key words: horse, massage, working performance, recovery, pulse, breathing.

Вступ. Масаж є одним з найбільш ефективних засобів відновлення фізіологічного стану і працездатності організму після м'язової роботи. Як система прийомів дозованого механічного впливу у вигляді розминання, тертя, тиску і вібрації, він глибоко вивчений у спортивній медицині та широко використовується в усіх видах спорту [2]. Масажні процедури, діючи на центральну нервову систему за допомогою рефлекторних впливів, позначаються на протіканні вегетативних функцій. Тому дія масажу є не тільки місцевою – на той чи інший м'яз, але і загальною – на весь організм [4].

Масаж спортивних коней набув особливої актуальності в останні роки. По-перше, у зв'язку з тим, що дуже напруженими стали змагальні навантаження, по-друге, для заміни раніше застосовуваних фармакологічних засобів стимуляції відновних процесів [5, 9].

У спортивній медицині все більша перевага віддається вібраційному масажу, що проводиться за допомогою спеціальних апаратів, які створюють ритмічні механічні коливання. Від апарату вібрація передається на ділянки тіла і впливає на глибоко розташовані тканини, тонізуючи центральну нервову

систему. Такий масаж особливо придатний для спортивних коней зважаючи на велику масу їх м'язів і малу доступність їх глибоких шарів для ручного масажу [3, 7].

У зв'язку із більш сильним, ніж ручний масаж, впливом на центральну нервову систему коня, вібраційний масаж вимагає точного дозування, особливої обережності та ретельного контролю за загальним станом його організму [8]. Найбільш простий і зручний для цього підрахунок частоти пульсу і дихання, оскільки динаміка цих показників відображає функціональні зрушення, що відбуваються в організмі [1].

Мета та завдання дослідження. Метою роботи було дослідження впливу різних видів масажу на відновлювальні процеси в організмі коней.

Хід дослідження та обговорення результатів. Дослідження проводилися на базі Дергачівської дитячо-юнацької кінно-спортивної школи (ДДЮКСШ). Для проведення досліду було відібрано 15 коней, що регулярно беруть участь у змаганнях з подолання перешкод (конкуру), та сформовані три рівнозначні за віком, статтю та рівнем спортивної підготовки групи – контрольна та дві дослідні (по 5 голів у кожній).

Усі коні тренувалися за однаковою схемою конкурної підготовки. Щоденний догляд та відновлювальні заходи у контрольній групі проводилися згідно прийнятої у школі системи.

До коней першої дослідної групи у якості додаткового відновлювального заходу застосовувався ручний масаж, який проводився через 2 год. після тренування. Виконуючи масаж, застосовували прийоми погладження, розтирання, розминання, постукування, вібрації в залежності від фізіологічного стану м'язових тканин коня на ділянках кінцівок, м'язів плечового поясу, спини, попереку, крупу.

До коней другої дослідної групи через 2 год. після навантаження застосовували локальний вібраційний апаратний масаж, який проводився за допомогою приладу «Jent Equine Massager», що створює глибоко проникаючу циклоїдну вібрацію, регульовану по частоті та амплітуді і діючу на великі

області опорно-рухового апарату коня. Масаж проводився впродовж 10 – 12 хв. при середній інтенсивності вібрації для кожної групи м'язів.

З огляду на високу чутливість коней до електричного струму, при проведенні вібраційного масажу, суворо дотримувалася техніка безпеки роботи з електроприладами. Після закінчення масажних процедур робоча частина апарату протиралася вологою серветкою для видалення прилиплого волосся і бруду, а потім з метою дезінфекції протиралася ватним тампоном, змоченим 70%-им спиртом.

Для порівняння ефективності впливу кожного з видів масажу на перебіг відновних процесів у коней визначали частоту пульсу і дихання у стані відносного спокою до роботи та через 2 год. після тренування по завершенні масажних процедур. Пульс прощупували на зовнішній щелепній артерії, частоту дихання визначали візуально за рухом черевної стінки [6].

Динаміка показників частоти пульсу і дихання коней контрольної та дослідних груп наведена у таблиці 1.

Таблиця 1.

Показники частоти пульсу і дихання коней,
у середньому по групах

Група	Показники за хв.	До тренування	Через 2 год. після тренування
Контрольна	Пульс	40,2	41,5
	Дихання	12,3	12,9
Перша дослідна	Пульс	40,5	38,7
	Дихання	12,2	10,8
Друга дослідна	Пульс	39,8	36,4
	Дихання	11,9	9,6

З таблиці 1 видно, що фізіологічні показники коней контрольної групи навіть через 2 год. після тренування не повністю прийшли до норми. Натомість у коней першої дослідної групи, до яких застосовували ручний масаж, спостерігається незначне зниження частоти пульсу і дихання – на 4,4 та 11,5% відповідно, порівняно з аналогічними показниками у стані спокою. У коней другої дослідної групи проведення апаратного вібраційного масажу сприяє

розслабленню та швидкому відновленню фізіологічного стану організму після інтенсивних фізичних навантажень, що підтверджується зниженням частоти пульсу і дихання – на 8,5 та 19,3% відповідно.

Висновки.

1. Масаж є високоефективним і природним стимулятором відновлювальних процесів і може широко застосовуватися для лікування і профілактики захворювань у спортивних коней, а також з метою підвищення працездатності та відновлення організму після великих фізичних навантажень.

2. Масаж потрібно проводити, коли кінь знаходиться у спокійному та розслабленому стані, не раніше, ніж через 2 год. після тренування.

3. У зв'язку з великою трудомісткістю та меншою ефективністю, ручний масаж доцільно застосовувати для втирання мазей спортивним коням в профілактичних і терапевтичних цілях.

4. Проведення апаратного вібраційного масажу ефективно сприяє розслабленню та швидкому відновленню фізіологічного стану організму коней після інтенсивних фізичних навантажень.

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

Література

1. Дубежинский Е. В. Учебно-методический комплекс по дисциплине «Коневодство» / Е. В. Дубежинский, С. Н. Почкина. – Горки: Учреждение образования «Белорусская государственная сельскохозяйственная академия», 2011. – 201 с.

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

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

4. Казеев Г. В. Ветеринарная акупунктура / Г. В. Казеев. – М., 2000.
5. Ласков А. Массаж спортивных лошадей / А. Ласков, И. Брейтшер // Коневодство и конный спорт. – 1983. – №7.
6. Левченко В. І. Клінічна діагностика хвороб тварин / В. І. Левченко, В. В. Влізло, І. П. Кондрахін та ін. – Біла Церква, 2017. – 544 с.
7. Мальштедт Д. Массаж лошадей по акупунктурным точкам (по Пенцелю) / Д. Мальштедт. – Аквариум, 2003. – 240 с.
8. Теллингтон-Джонс Л. Понимание индивидуальности и воздействие на характер лошади. Уникальный метод TTouch / Л. Теллингтон-Джонс. – М.: Аквариум-Принт, 2012. – 226 с.
9. Хельцель П. Выездка и конкур. Советы профессионалов / П. Хельцель, В. Хельцель, М. Плева. – М.: Аквариум-Принт, 2014. – 218 с.

ВПЛИВ МОДИФІКОВАНОЇ МЕТОДИКИ МАСАЖУ ПРИ ЛОРДОТИЧНІЙ ПОСТАВІ

Полковник-Маркова В.С.

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація: Розкрито основні морфо-функціональні порушення при лордотичній поставі і перелік захворювань, які вона може спровокувати. Проаналізовано вплив запропонованої програми фізичної терапії на показники гнучкості хребта вперед.

Ключові слова: лордотична постава, масаж, гнучкість хребта.

Abstract: The main morphological and functional disorders in lordotic posture and the list of diseases that can be provoked by it are revealed. The effect of the proposed physical therapy program on forward spinal flexibility indicators is analyzed.

Key words: lordotic posture, massage, spinal flexibility.

Вступ. порушення постави проявляється вже у дітей раннього віку: в ясельному віці - у 2,1%, в 4 роки - у 15-17% дітей, у 7 років - у кожної третьої дитини, у шкільному віці відсоток дітей з порушенням постави продовжує зростати [2]. За даними авторів порушення постави є в 67% школярів [1].

Питання порушень постави детально описані в працях вітчизняних і зарубіжних авторів. Проте, ця проблема залишається актуальною і в даний час, викликаючи інтерес фахівців в області фізичної культури. Постава має нестійкий характер в період посиленого росту тіла дитини, що припадає на молодший шкільний вік. Постава визначає не тільки положення тіла людини в просторі, але і є показником стану здоров'я. Гарна постава забезпечує оптимальний баланс в тривимірному просторі при гравітаційній взаємодії з навколишнім середовищем [6].

Дефектна постава створює умови для прояву захворювань хребта і інших органів опорно-рухового апарату [2]. При вираженому гіперлордозі можливі порушення функції органів черевної порожнини. До найбільш серйозних і небезпечних ускладнень лордозу, за результатами тривалих спостережень за пацієнтами, фахівці виявили:

- Проблеми з дихальною системою, що виникають при деформації діафрагми. Викривлення хребетного стовпа тягне за собою незворотні зміни.
- Остеохондроз.
- Хронічні закрепи, що виникають при порушеннях перистальтики.
- Порушення в роботі нирок, що виникають при їх деформації і стисненні органів черевної порожнини. Часті сечовипускання чергуються з затримками сечі.

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

Мета та завдання дослідження. Оцінити динаміку рухливості хребта вперед дітей з лордотичною поставою під впливом програми фізичної терапії.

Методи дослідження. Рухливість поперекового відділу хребта за методом Шобера визначають при маркіруванні остистих відростків першого та п'ятого поперекових хребців. Після цього пацієнт нахиляється максимально вперед, не згинаючи коліна, в цьому положенні вимірюють відстань між двома точками. За норму приймають відстань більше 15 см [5].

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

Хід дослідження та обговорення результатів. Лордотична постава характеризується збільшення поперекової кривизни, крутим нахилом плечей вперед, а сідниць назад, відвисаючим животом. З боку стану м'язів – зниженим тонусом і силою м'язів живота, підвищеним тонусом м'язів попереку при зниженій силовій витривалості.

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

Дослідження підтвердили літературні дані про зниження силовій витривалості м'язів тулуба та обмеження рухливості хребта вперед. На нашу думку, це зумовлено в першу чергу гіпертонусом м'язів попереку. Це обумовило включення до програми фізичної терапії елементів постізометричної релаксації.

На основі отриманих даних в програму було включено заняття фізичними вправами і лікувальний масаж, за методикою рекомендованою МОЗ України при дефектах постави.

Процедури масажу переслідували наступні завдання [4;7]: покращення трофіки м'язово-зв'язкового апарату тулуба і сприяти його укріпленню, надати рефлекторної стимулюючої дії на стан внутрішніх органів черевної порожнини, коригувати стан м'язово-зв'язкового апарату передньої і задньої половини тулуба (стимулювати перерозтягнені і розслабити спазмовані м'язи).

Лікувальний масаж пацієнтів основної групи проводився за методикою Єфіменка П.Б. (2013) [4], у поєднанні із елементами постізометричної (ППР) релаксації м'язів попереку. Масаж спини проводять підклавши під живіт невеличку подушечку. І додатково, вже після стимулювання м'язових тканин у зоні максимального кифотичного вигину виконують почергові розтягування паравертебральних м'язів у зоні максимального поперекового лордотичного вигину.

Для чого спочатку з одного боку хребта подушечки 2-5 пальців обох рук проникають між остистими відростками і довгими м'язами спини та плавним рухом відводять останні убік. При цьому не слід допускати прослизання м'язів під пальцями. Утримавши їх в такому положенні 3-4 секунди, плавно відпускають назад. Теж саме повторюють з іншого боку.

Постізометрична релаксація м'язів попереку виконувалася наприкінці процедури масажу [3].

Після проведеного курсу заходів було проведене повторне дослідження гнучкості хребта вперед, виявлено покращення показника на 17% в основній групі, на 10% - в контрольній.

Висновки. Застосування запропонованої програми фізичної терапії із використанням кінезотерапії, лікувального масажу та постізометричної релаксації м'язів попереку позитивно вплинуло на динаміку досліджуваного показника.

Перспективи подальших досліджень. Проаналізувати функціональний стан хребта і м'язів тулуба обстеженого контингенту після проходження повторного курсу реабілітації рекомендованого через 3 місяці.

Література.

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

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

3. Ерёмушкин М.А., Киржнер Б.В., Мочалов А.Ю. Мягкие мануальные техники. Постизометрическая релаксация мышц. Учебное пособие. Санкт-Петербург: Наука и Техника, 2010. 288 с.

4. Єфіменко П.Б. Техніка та методика класичного масажу: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів фізичного виховання спорту. 2-е вид., перероб. й доп. Харків, 2013. С. 230-231.

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

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

7. Фокин В.П. Полный курс массажа: Учебное пособие. 2е изд., испр. и доп. Москва: ФАИРПРЕСС, 2004. 512 с.

МАСАЖ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ОСІБ ПІСЛЯ АРТРОСКОПІЇ З ПРИВОДУ РОЗРИВУ ХРЕСТОПОДІБНОЇ ЗВ'ЯЗКИ

Руденко Р. Є., Левадний Д. А.

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

Анотація. Доповнено інформацію щодо фізичної терапії осіб після артроскопії з приводу розриву хрестоподібної зв'язки. Здійснено аналіз сучасних методів масажу після артроскопії. Обґрунтовано доцільність застосування масажу етапами згідно з результатами артроскопічного обстеження. Розроблено план масажної процедури. Проаналізовано прийоми масажу на колінному суглобі та бокових зв'язках. Визначено вихідні положення під час масажу окремих ділянок нижньої кінцівки.

Ключові слова: артроскопія, масаж, фізична терапія, хрестоподібна зв'язка.

Abstract. Information on the physical therapy of persons after arthroscopy regarding the rupture of the cruciate ligament has been supplemented. Modern methods of massage after arthroscopy have been analyzed. The expediency of using massage in stages according to the results of arthroscopic examination is substantiated. The plan of massage procedure is developed. Knee and lateral massage techniques are analyzed. The starting positions during the massage of the individual sections of the lower extremity were determined.

Key words: arthroscopy, massage, physical therapy, cruciate ligament.

Вступ. За даними літератури проблема лікування пацієнтів з патологією колінного суглоба залишається актуальною та однією із найскладніших у травматології та ортопедії. Серед усіх уражень коліна, пошкодження (надриви та розриви) зв'язок посідають друге місце після пошкоджень менісків. Розриви зв'язок обумовлені різкими несподіваними рухами – різкими поворотами, відхиленнями гомілки у фронтальній площині зі згинанням кінцівки в колінному суглобі під час падіння, ходьби на лижах, катанні на ковзанах, гри у

футбол, баскетбол і т. ін. [1, 3, 4]. 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 [6]. Статистично доведено, що близько 75% випадків усіх травм колінного суглоба припадає на ушкодження передньої хрестоподібної зв'язки (Б. В. Дорошенко, М. М. Найда, Я. М. Кіцак, Р. М. Ляхович, 2019). Пошкодження передньої хрестоподібної зв'язки спостерігається частіше, ніж задньої [4]. При розривах зв'язок проводять артроскопічні операції з подальшим призначенням засобів фізичної терапії, які дозволяють за короткий час знизити больовий синдром, збільшити амплітуду рухів, поступово підвищувати навантаження на пошкоджений суглоб, повністю або частково повернути до активної трудової діяльності, пристосувати до повсякденного життя [7]. Впровадження поетапних дій засобів фізичної терапії осіб після оперативного втручання з приводу пошкодження сумково-зв'язкового апарата колінного суглоба зможе покращити результати лікування [1]. Вплив лікувальної фізкультури та масажу здійснюється за рахунок основних механізмів: тонізуючої, трофічної дії, механізму формування тимчасових та постійних компенсацій, нормалізації функцій колінного суглобу [4, 8].

За даними ряду авторів рекомендують виконувати масаж стегна, гомілки та колінного суглоба, пасивні й активні рухи в суглобі ушкодженої кінцівки [1, 2, 5]. Для ліквідації атрофії чотириголового м'яза стегна вибірково масажують м'язи, що приводять і розгинають нижню кінцівку [1, 2]. Існуючі комплекси відновних засобів при розриві зв'язок колінного суглобу не є досконалими, тому розробка та апробація нових програм фізичної терапії є актуальною проблемою, яка потребує наукового вирішення. У зв'язку з цим, подальші дослідження з цієї тематики мають певні перспективи.

Мета дослідження – доповнити зміст процедури масажу у фізичній терапії осіб після артроскопії з приводу розриву хрестоподібної зв'язки.

Завдання дослідження:

1. Провести аналіз науково-методичної літератури з проблеми фізичної терапії осіб з розривом хрестоподібної зв'язки.

2. Практичне забезпечення процедури масажу у фізичній терапії осіб з розривом хрестоподібної зв'язки.

Методи дослідження. Дослідження ґрунтується на аналізі та узагальненні науково-теоретичних і методичних джерел з проблеми фізичної терапії осіб після артроскопії з приводу розриву хрестоподібної зв'язки (системний аналіз, контент-аналіз).

Хід дослідження та обговорення результатів. Колінний суглоб має складну структуру і біомеханіку [3, 6]. Порушення обміну речовин руйнує хрящову тканину та викликає артроз колінного суглоба. Різні травми спортивного та побутового характеру пошкоджують елементи коліна. Поки пацієнт не потребує повної заміни колінного суглоба, проводять артроскопію або остеотомію [1, 7]. Артроскопія колінного суглобу є сучасним малоінвазивним оперативним методом візуального обстеження внутрішніх структур суглобу і вмісту суглобової пазухи, а також лікувального впливу на них, за допомогою тонких оптичних і механічних приладів [1, 3].

Артроскопічна операція – це процедура, при котрій внутрішні структури суглобу можуть бути досліджені і вилікувані за допомогою хірургічних інструментів, введених у суглоб через маленькі розрізи довжиною близько 5-10 мм. [3]. Велике значення для застосування фізичної терапії має прогноз після артроскопії, зокрема, він залежить від того, що було виявлено і зроблено під час операції. Програма фізичної терапії розробляється індивідуально для кожного пацієнта і враховує: вік, стать, давність патологічного процесу, фізичну підготовленість і т. ін. В період відновлення, для зменшення набряку, потрібно виконувати спеціальні вправи лікувальної фізичної культури, лімфодренажний масаж, бинтувати коліно еластичним бинтом або носити компресійні панчохи [1, 5].

Масаж допомагає знизити біль, поліпшити крово і лімфо обіг в пошкодженій ділянці, відновити нормальну діяльність суглоба [1, 2, 5]. При

проведенні масажу суглобів потрібно пам'ятати про місця прикріплення м'язів до сухожилів і приділяти їм увагу.

План масажної процедури: *масаж бокових зв'язок колінного суглоба*. Пацієнтові підкладають під коліно валик або будь-який м'який предмет для того, щоб зв'язки суглоба були розслаблені та доступні для масажу. Перед масажем пошкодженого сегменту проводяться прийоми на вище розташованих ділянках (стегно). Провівши підготовчий масаж, який включає прийоми погладжування, витискання, розминання можна перейти до концентричного погладжування колінного суглоба, розтирання бокових зв'язок колінного суглоба пучками чотирьох пальців, основою долоні. Масаж бокових зв'язок колінного суглоба закінчують концентричним погладжуванням і рухами, вибір яких зумовлений завданням програми фізичної терапії.

Масаж колінного суглоба. Після концентричного погладжування виконують розтирання: щипцеподібне; прямолінійне, спіралеподібне, колоподібне - чотири до одного, один до чотирьох із навантаженням; прямолінійне основою долоні і горбиками великих пальців; колоподібне пучками великих пальців (великі пальці укладають під надколінником і обходять його кругом, виконуючи колові рухи до вказівного пальця; колоподібне пучками всіх пальців одночасно та ін.; закінчують масаж колінного суглоба концентричним погладжуванням і різними рухами (активними, пасивними) надколінником.

Висновки. Ми встановили, що артроскопія з приводу розриву хрестоподібної зв'язки дає можливість провести фізичну терапію у ранній термін. Застосування лікувальної фізичної культури, масажу, самомасажу поліпшує якість лікування, прискорює відновлення рухливих функцій. План масажної процедури складається з прийомів масажу на бокових зв'язках колінного суглоба та в ділянці наколінника.

У подальших дослідженнях для визначення впливу засобів фізичної терапії на функціональну здатність колінного суглоба, можливе визначення

амплітуди рухів на всіх етапах відновлення після артроскопії з приводу розриву хрестоподібної зв'язки.

Література

1. Бражанюк А. А. Фізична реабілітація спортсменів з пошкодженнями передньої хрестоподібної зв'язки колін ного суглобу після артроскопічної операції / А. А. Бражанюк // Молодий вчений. – 2018. – № 3 (55). – С. 163–166.
2. Єфіменко П. Б. Техніка та методика класичного масажу : навч. посіб. для студентів вищ. навч. закладів / П. Б. Єфіменко – 2-ге вид. перероб. й доп. – Харків : ХНАДУ, 2013. – 296 с.
3. Левенець В.М. Спортивна травматологія / В.М. Левенець, Я.В. Лінько. – К.: Здоров'я, 2008. – С. 103-144
4. Мухін В. М. Фізична реабілітація в травматології : монографія / В. М. Мухін. – Л. : ЛДУФК, 2015. – 428 с.
5. Руденко Р. Є. Масаж : навч. посіб. – Львів : Сплاین, 2013. 304 с.
6. Фізична реабілітація при патології опорно-рухового апарату / В.А. Левченко, І.П. Вакалюк, Д.В. Сарабай, В.М. Бондаренко. – Івано-Франківськ: Плай, 2008. – 410 с
7. 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.
8. 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.

РЕБІЛІТАЦІЙНИЙ МАСАЖ ДЛЯ СПОРТСМЕНІВ З ПОРУШЕННЯМ ФУНКЦІЇ СЛУХОВОГО АНАЛІЗАТОРА

Руденко Р. Є., Семен П. Д.

Львівський державний університет фізичної культури

імені Івана Боберського, Україна

Анотація. Проведено системний аналіз слухового аналізатора в умовах фізичного навантаження під час тренувального процесу спортсменів з інвалідністю. Вивчено взаємозв'язок між регуляторними механізмами, функціональними можливостями м'язів та опорно-руховим апаратом. Було доповнено інформацію про фізичну реабілітацію спортсменів з порушенням слуху. Обґрунтовано проведення реабілітаційного масажу з урахуванням основного захворювання внаслідок якого була отримана інвалідність. Оптимізовано застосування прийомів масажу відповідно до інтенсивності фізичного навантаження. Реабілітаційний масаж призначений для підтримання, часткового відновлення втрачених вестибулярних асоціативних зв'язків.

Ключові слова: масаж, порушення слуху, реабілітація, спортсмени.

Abstract. A systematic analysis of the auditory analyzer in the conditions of physical activity during the training process of athletes with disabilities was carried out. The relationship between the regulatory mechanisms, muscle functionality and musculoskeletal system has been studied. Information on the physical rehabilitation of athletes with hearing impairment was supplemented. Rehabilitation massage is justified, taking into account the main disease, which resulted in disability. The use of massage techniques in accordance with the intensity of physical activity is optimized. Rehabilitation massage is designed to maintain, partially restore lost vestibular associative connections.

Key words: massage, hearing impairment, rehabilitation, athletes.

Вступ. Характеризуючи фізичний розвиток осіб з порушенням слуху, автори зазначають, що порушення слуху сповільнює природний хід фізичного розвитку [2, 6]. У тих, хто погано чує, порушена спритність, основним проявом

якої вважається координація рухів. Дослідження цих якостей (Я. В. Шкоба, 2009) показало, що здатність виконувати координовані і точні рухи є значно нижчою в осіб з порушенням слуху, ніж у здорових людей. Літературні дані, спостереження та спеціальні дослідження доводять, що повна або часткова втрата слуху різко знижує рухову активність, яка негативно впливає на стан вищої нервової діяльності, на вегетативні функції організму, на розвиток і функціональний стан серцево-судинної і дихальної систем, призводить до змін обмінних процесів і розвитку захворювань внутрішніх органів [6]. Обмеження моторної діяльності відображається і на функціональних можливостях м'язів і рухового апарату загалом. Спостерігається погіршення скоротливої здатності м'язів, зменшення їх сили, порушення координації і точності рухових реакцій [2]. Спортсменам з вадами слухового аналізатора фізична реабілітація необхідна для вироблення просторової орієнтації, покращення стану вищої нервової діяльності, серцево-судинної і дихальної систем, стимуляції обмінних процесів. Особлива увага приділяється масажу, спеціальним вправам, що спрямовані на відновлення втрачених вестибуло-асоціативних зв'язків з метою тренування вестибулярної функції. Відомо, що будь-яка відновна процедура певним чином впливає на весь організм [1, 3].

Мета дослідження – практичне обґрунтування методики масажу для спортсменів з порушенням функції слухового аналізатора.

Завдання дослідження.

1. Провести аналіз та узагальнити сучасні дані літератури з питань застосування масажу для спортсменів з порушенням слуху.
2. Практичне застосування реабілітаційного масажу для спортсменів з порушенням слуху.

Методи дослідження. аналіз та узагальнення науково-теоретичних і методичних джерел з проблеми застосування масажу для спортсменів з порушенням слуху.

Хід дослідження та обговорення результатів. Слуховий нерв нерідко уражується раніше, ніж вестибулярний, який може й не ушкоджуватися. Це

пояснюється тим, що філогенетично слуховий нерв виник пізніше, ніж вестибулярний, і тому має більшу чутливість до різних несприятливих ендо- і екзогенних факторів [3, 6]. Неврит слухового нерва супроводжується атрофічно-дегенеративними змінами. На початку зміни можуть бути в кохлеарних гангліях (*ganglion cochlearae*) і в нервових волокнах і потім поширюватися до Кортієвого органа. Здебільшого уражуються обидва вуха. Причини виникнення неврити слухового нерва зумовлюються багатьма факторами. Найчастіше неврити бувають інфекційного походження (після скарлатини, кору, дифтерії, тифу, малярії, грипу тощо) [5, 6].

Вивчення питань взаємодії між слуховим і руховим аналізаторами спортсменів з вадами слуху у процесі м'язової діяльності має велике значення для раціональної організації тренувальної діяльності. Пропріоцептивні сигнали, що виникають при циклічних рухах, ритмічно надходять у центральну нервову систему і звідти по рухових і вегетативних нервах йдуть до всіх органів і тканин організму. Вади слуху можуть перешкоджати вільному, швидкому, ненапруженому розвитку, що включає рухову активність, яка покращує поставу, збільшує м'язову масу і позитивно впливає на ходу [4, 8].

Важливе місце серед засобів фізичної реабілітації, що сприяють підвищенню фізичної спроможності спортсменів з інвалідністю, а також перешкоджають виникненню різних негативних наслідків після фізичних навантажень і загострення основного та супутніх захворювань, займає масаж. Масаж для спортсменів з інвалідністю є доступним методом, оскільки його можна використовувати перед фізичним навантаженням, під час тренувального процесу, після нього, під час пасивного та активного відпочинку.

Спортсменам з вадами слухового аналізатора масаж необхідний для вироблення просторової орієнтації, покращення стану вищої нервової діяльності, серцево-судинної і дихальної систем, стимуляції обмінних процесів. Відомо, що будь-яка відновна процедура впливає на весь організм. У деяких випадках масаж є профілактичним засобом атрофії м'язів, контрактур в суглобах і має загальнооздоровчий вплив, адаптуючи системи організму до

фізичних навантажень, враховуючи характер захворювання, ступінь функціональних розладів, загальний стан спортсменів з інвалідністю [1, 3]. Масаж застосовують відповідно до нозології, що відповідає загальноприйнятій класифікації [3, 7]. У спортсменів з порушенням функції слухового аналізатора регуляторні механізми перебувають у стані постійного напруження, забезпечуючи адекватне функціонування процесів життєдіяльності організму [2]. Ускладнені пристосувальні механізми до змін положення тіла, виконання фізичного навантаження може реально загрожувати здоров'ю спортсмена з порушенням функції вестибулярного аналізатора.

Після кожного тренування з малою інтенсивністю спортсменам з порушенням слуху рекомендуємо локальний масаж упродовж 10–15 хвилин. При цьому приділяється особлива увага втомленим м'язовим групам та місцям локалізованих больових відчуттів.

Вибірковий масаж (поперекова ділянка, масаж нижніх кінцівок). Використовуються прийоми легкого розминання – до 80% часу, відведеного на масажну процедуру; на витискання і розтирання – 15%; на всі інші прийоми – 5%. Під час навантажень середньої інтенсивності після кожного тренування протягом 15–20 хвилин рекомендуємо частковий масаж. Масажують м'язи спини, грудної клітки, верхніх кінцівок. Виконують вибірковий масаж ділянки тазу й нижніх кінцівок. Наприкінці тренувального тижня спортсмени отримують глибокий загальний масаж упродовж 40–60 хвилин, виконують елементи сегментарно-рефлекторного масажу.

На етапі тренування кваліфікованих спортсменів з інвалідністю з великою інтенсивністю навантажень після кожного тренування виконують короткочасний масаж усіх ділянок тіла протягом 20–30 хв, а наприкінці тижня, у день відпочинку, роблять глибокий загальний масаж. Рекомендується застосовувати елементи сегментарно-рефлекторного масажу та масажу паравертебральних зон відповідно до нозології. Основні та додаткові прийоми реабілітаційного масажу повинні мати вибіркочу дію, що пов'язано зі станом м'язів (рис. 1).

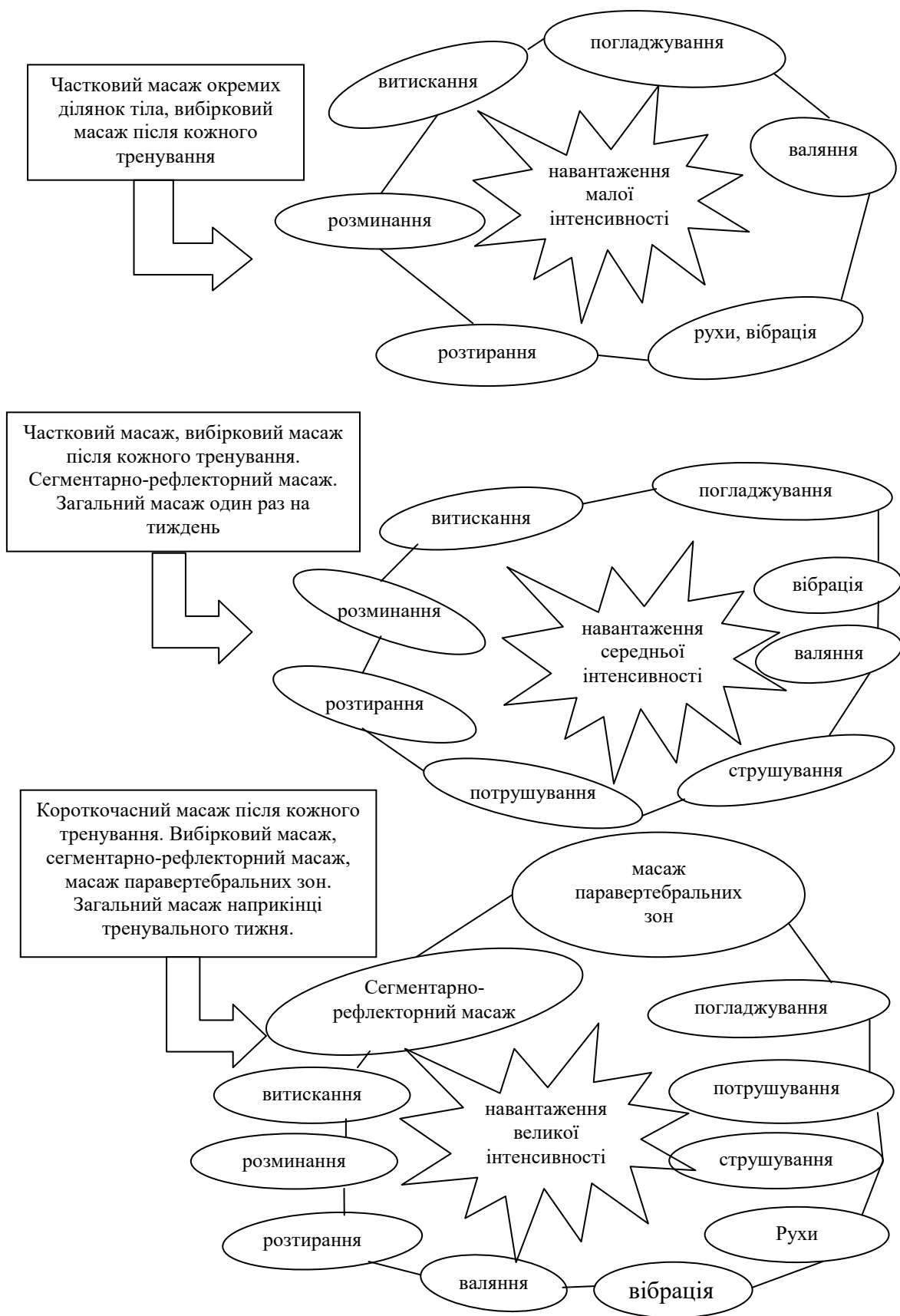


Рис. 1. Планування процедури реабілітаційного масажу для спортсменів з порушенням слуху

Це зумовлено тим, що процес втоми у спортсменів з інвалідністю настає швидше через порушення координації рухів та виконання вправ у неприродній біомеханіці. Короткочасний відновний масаж виконують через 15 – 20 хв після тренування, коли частота серцевих скорочень майже досягає норми. Упродовж 20 – 30 хв масажують ті групи м'язів, які витримували основне тренувальне навантаження, приділяючи значну увагу масажу суглобово-зв'язкового апарату. На прийоми розминання відводиться 80% часу, на витискання і розтирання – 15% і 5% – на всі інші прийоми.

Реабілітаційний масаж розрахований на спортсменів з порушенням слуху, які займаються стрільбою з лука, настільним тенісом, баскетболом у візках, футболом (хворі з дитячим церебральним паралічем, ампутанти на милицях), плаванням, гірськими лижами, перегонами на візках, легкоатлетичними видами спорту, сидячим волейболом (ампутанти), важкою атлетикою, пауерліфтігом, фехтуванням, лижними перегонами тощо.

Висновки.

1. Спортсменам з вадами слухового аналізатора масаж необхідний для вироблення просторової орієнтації, покращення стану вищої нервової діяльності, серцево-судинної і дихальної систем, стимуляції обмінних процесів.

2. Реабілітаційний масаж налаштований на підтримання, відновлення втрачених вестибулоасоціативних зв'язків та тренування пристосувальних механізмів до навантаження різної інтенсивності.

У подальших дослідженнях з проблеми застосування масажу для осіб з порушенням слухового аналізатора можливе дослідження слухової функції методом акуметрії.

Література

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

2. Розторгуй М. Фізична підготовленість пауерліфтерів з інвалідністю як чинник ефективності програми підготовки / Марія Розторгуй // Фізичне

виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. – 2019. – № 1(45). – С. 84–90.

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

4. Руденко Р, Магльований А. Оптимізація процесу фізичної реабілітації спортсменів з інвалідністю засобами масажу. В: Науковий часопис Нац. пед. ун-ту імені М. П. Драгоманова. Серія 15, Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). Зб. наук. пр. Київ; 2018;4(98), с. 138–141.

5. Alenka Fidler. Ways that people with a chronic spinal cord injury participate in sport in the Republic of Slovenia / Majda Schmidt, Joze Vauhnik // Journal of Physical Education and Sports. – 2017. – Vol. 17, N 3. P. 1892–1898.

6. Kitsera, A. O. Modern approaches to sensorineural hearing loss treatment // Works of Shevchenko Scientific Society, XXXVI, medical collection, medicine and biology. – 2013. P. 97-104.

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

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

СУЧАСНІ СПА - ТЕХНОЛОГІЇ ТА НЕТРАДИЦІЙНІ РІЗНОВИДИ МАСАЖУ GUA SHA В СУЧАСНОСТІ

Сірик І. В.¹, Каніщева О.П.²

¹ *Fito Land cosmetics for professionals, Fr-haut, Мадрид, Іспанія*

² *Харківська державна академія фізичної культури, Україна*

Анотація. Розглянуті особливості застосування нетрадиційного китайського масажу Gua Sha, як самостійної процедури і як ефективного засобу детоксикації організму в умовах сучасного ритму життя. Рекомендовано, як засіб оздоровлення в межах СПА-технологій.

Ключові слова: масаж, Гуа Ша, СПА-технологія, китайська терапія.

Abstract. Features of application of non-traditional Chinese massage Gua Sha as an independent procedure and as an effective means of detoxification of an organism in the conditions of a modern rhythm of life are considered. Recommended as a means of healing within the spa technologies.

Key words: massage, Gua Sha, SPA-technology, Chinese therapy.

Актуальність. Сьогодні СПА - це оздоровчі комплекси процедур з використанням води (морської, мінеральної та прісної), також морських солей, водоростей, лікувальної грязі та цілющих рослин. Природу СПА процедур визначають декілька напрямків: стоунтерапія, літотерапія, фанготерапія, альготерапія, фітотерапія та холістичні техніки (спеціальні техніки масажу, які об'єднують фізичний, емоційний та енергетичний рівні).

СПА, це не тільки процедури, як бальнеотерапія, гідротерапія (сауна, басейн), масаж, аромотерапія, лікувальні грязі, водорості, затверджують спеціалісти та власники СПА. Це філософія впливу на організм людини на усіх рівнях сприйняття – енергетичному, емоційному, фізичному. СПА центри у нашій країні носять насамперед оздоровчий характер та розвиваються, як міні-санаторії. І це наша найбільша перевага, людина, яка платить за подібні послуги, повинна отримати не тільки задоволення, також і здоров'я.

Гуа-ша - це стародавня китайська терапія, заснована на знаннях і досвіді поколінь за останні 3000 років. Мета цієї терапії – оздоровлення організму і поліпшення його функціонування. Відповідно до історичних даних, ця процедура мала загальне поширення ще за часів династій Танг і Мінг і досі активно використовується в Китаї та інших азіатських країнах, таких як Малайзія, Сінгапур, В'єтнам і Таїланд.

Традиційна китайська медицина з її не дуже зрозумілими західній людині концепціями взаємодії протилежних начал Інь та Ян, циркуляції вселенської енергії Ци по меридіанам організму. І це не дивно, якщо врахувати простоту і ефективність найбільш розповсюдженої у Азії та Дальньому Сході системи профілактики та лікування захворювань.

Концепція. Суть методу відображена у його назві: Гуа означає скрести вискребати, а Ша це субстанція хвороби, що виходить у процесі лікування на поверхні шкіри у вигляді специфічних червоних крапель або плям. Таким чином, Гуа Ша – це буквально «вишкрібання хвороби», і дійсно, техніка лікування заснована на вплив на шкірні покриви спеціальними шкребками. Вони виготовляються з рога водяного азіатського буйвола, панцира черепахи, раковин молюсків, напівдорогоцінних каменів, фарфору чи металу. У результаті впливу таким інструментом на шкірі утворюються сліди, за своєю природою сході з екстравазатними плямами, які з'являються після проведення процедури вакуумтерапії. Кандидат медичних наук П.П. Михайліченко (2007 р.) провів глобальне, багаторічне дослідження. В результаті було виявлено, що мікро крововиливи, які утворюються на шкірі, включають в себе формені елементи крові, білкові субстрати плазми, ендогенні біологічні активні речовини, такі як гістамін, простагландин, нейромедіатори, гормони та інші. Усі ці речовини надають потужний стимулюючий ефект на організм. І цей ефект триває доки сліди процедури не зникнуть, а іноді і довше [4]. Фактично Гуа Ша - це аутогемотерапія, тобто лікування порушень своїми власними «ліками». Причому організм виробляє саме ті «ліки», котрі йому необхідно на цей момент. Крім корисних речовин, у склад «Ша» входять різні токсичні

субстанції, котрі виводяться з організму відповідними системами. Сліди від процедури проходять протягом 4-5 днів. Іноді раніше. Наступна процедуру проводимо після їх зникнення.

Концепція появи мікрокрововиливів на поверхні шкіри у результаті проведення цієї процедури відображає уявлення західної медицини про Гуа Ша. Східний підхід передбачає, що «Ша» - це особа субстанція, яка утворюється у результаті порушень нормальної циркуляції енергії Ци («погана Ци») та крові. Вона несе у собі хворобу та, виходячи на поверхню шкіри, полегшує стан хворого.

В наші дні фахівці масаж Гуа Ша проводять нефритовим каменем керуючись тим, що цей напівдорогоцінний камінь має багато корисних властивостей:

- уповільнення процесів старіння;
- зміцнення захисних властивостей організму;
- природний передавач тепла;
- сприяє балансу внутрішній енергії тіла.

Масаж Гуа Ша може використовуватися для догляду як за тілом, так і обличчям. Використовуються каміння різної форми та розмірів. Вони бувають трикутними, прямокутної форми або форми гребінця. Найчастіше використовують камені прямокутної форми з двома закругленими кутами по одній стороні. Камінням такої форми зручно працювати з різними зонами, використовуючи різні рухи.

Надаючи середній тиск, терапевт виконує лінійні рухи, для обробки різних зон. Щоб розбити вузлики жиру проводять локальні кругові рухи та точкові натискування. Тривалість масажу до 20 хвилин. Цим досягається такий ефект:

- стимулюється лімфо- та кровообіг.
- зменшуються жирові відкладення, вони змінюють форму та розмір,
- виводяться токсини, накопичені на поверхні тканин.

Фахівці китайської традиційної медицини вважають, що використання методу Гуа Ша приводить до відновлення мікроциркуляторного русла, сприяючи омолодженню клітинно-тканевих структур та усунень багатьох порушень здоров'я. Методом Гуа Ша користуються при лікуванні великого переліку хвороб. Це порушення функцій опорно-рухового апарату, спортивні травми, посттравматичні порушення, захворювання нервової, серцево-судинної системи, легенів, сечостатевої та ендокринної систем, гіпертонічної хвороби.

В масажній техніці Гуа Ша існує три варіанти впливу на організм: лікувальний, профілактичний та косметичний.

Лікувальний варіант передбачає обов'язкове використання рослинних олій, бальзамів та спеціальних масажних кремів. Він включає три базові техніки впливу: се-гуа (метод розсіювання) - рухи скребком швидко з сильним натиском; бу – гуа – повільно зі слабим тиском; пінь-бу, пінь-се - повільно з сильним тиском. Лікувальна процедура триває 20-30 хвилин. Слід мати на увазі протипоказання: алергії, інфекційні шкірні захворювання, тромбоцитопенії, травмована поверхня шкіри, переломи до моменту зростання кісток; зниження функцій нирок; водянка (при цирозі печінки); анасарка; підвищений артеріальний тиск; вагітність; онкологічні захворювання.

Профілактичним варіантом техніки можна впливати на кожні покрови через тканину. Такі впливи виконуються або проміж лікувальними сеансами, або як окрема процедура. У цьому виді Гуа Ша і використовують у СПА-технологіях.

Косметичний варіант Гуа Ша застосовуються для обличчя з використанням косметичних змашувальних речовин та без них, в залежності від техніки виконання.

Мета та завдання дослідження нашого спостереження було виявити можливості впливу масажу Гуа Ша на обмін речовин та загальний стан людини.

Хід дослідження та обговорювання результатів. Теорія та практика використання техніки масажу Гуа Ша, як додаткового елемента процедури з успіхом використовується при меті знизити вагу, міозитах, дає добрий

лікувальний ефект: знижуються, а часом зовсім зникають больові неприємні відчуття у м'язах спини, відчуття важкості у голові; покращується сон, підвищується працездатність, знижується артеріальний тиск.

Ми використовували Гуа Ша, як частину СПА процедури, поєднуючи класичний масаж та обгортання з водоростями. Порівнювали з групою людей які приймали такі ж процедури без Гуа Ша.

Процедуру починали з класичного масажу, і потім підготовлені шкіру та м'язи, обробляли гребенем з нефритового каменю. Починали зі спини: від шиї, м'яко обробляли зону хребта (від 6 до 8 довгих рухів), наступним етапом були надпліччя та міжлопаткова зона (від хребта назовні) поєднуючи довгі та короткі рухи з середнім тиском. Рухались до попереку. У зоні гребеня клубової кістки проводили Гуа Ша з більшим тиском від крижів назовні (6-8 рухів тричі на кожну лінію). Кінцівки «шкребли» з поєднанням напрямку ходу меридіанів. Закінчували м'яким масажем живота та грудної клітини.

При проведенні першої та другої процедури спостерігали появу мікрокрововиливів, але це не було нашою метою. В межах СПА концепції ми використовували Гуа Ша, як додатковий метод для профілактики деяких патологій. Процедури проводили у окремому кабінеті при тиші, або тихій музиці, яка сприяла релаксації. Процедуру поєднувати з фізичними вправами, адекватно підібраним питним балансом та харчовим раціоном.

Наші спостереження вказали на те, що Гуа Ша сприяє більш швидкому зняттю спазму з м'язів, суб'єктивно виведенню токсинів з організму. Контрольна група відмітила, що процеси схуднення йшли легше та й швидше, ніж без Гуа Ша.

Висновки.

1. На сьогодні Спа - це не тільки процедури з використанням лікувальних якостей води, це широкий комплекс процедур, спрямований на релаксацію тіла, профілактику захворювань.

2. Китайський масаж Гуа Ша за своїми результатами заслуговує більшого поширення, як профілактика та допомога у вирішенні питань здоров'я.

3. Комбінація напрямків та поєднання масажів Східних та класичних культур дає більш виражений результат релаксації та досягнення мети для оздоровлення людини.

Перспективи подальших досліджень. Наступні дослідження зв'язані з більш детальнішим обґрунтуванням впливів нетрадиційних технік масажу на лімфатичну систему та систему кровообігу. Розширення поняття Спа для нашої країни, як необхідність догляду за тілом, профілактики хронічних захворювань та підвищення рівня життя.

Література.

1. Берни Роуэн. Массаж. Санкт-Петербург, Контэнт, 2008 г. 96 с.
2. Косметолог. ТОВ «Агенція маркетингових комунікацій «Ес Енд Ей Груп» 2006. № 4 (18) 116 с.
3. Массаж. Эстетика тела. М.: Провизоринформ, 2009. № 4. 58 с.
4. Михайличенко П.П. Вакуум-терапия в косметологии. Практическое руководство для массажистов. СПб.: Наука и Техника, 2007. - 304 с.
5. Молостов В.Д. Китайський масаж Гуа-ша . М.: издательство «Эксмо» 2019, 200 с.
6. Самосюк И.З. Самосюк И.З., Чухраев Н.В. и др. Вакумный массаж. Киев : НМЦ: «Медицинские инновационные технологии», 2015. - 179 с.
7. Сяо Ханьдэ. Классический китайский лечебный массаж. С-Пб.: Эксмо, 2010. 224 с.
8. Фокин В.Н. Основы китайского точечного массажа: Учебно методическое пособие. М. Издательство ФАИР – 2010. 592 с.

АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕННЯ МАСАЖУ В ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ ІЗ ПОЄДНАНИМИ ПАТОЛОГІЯМИ

Філак Я.Ф., Філак Ф.Г.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Анотація. Обстежено 40 хворих на гіпертонічну хворобу в поєднанні з остеохондрозом хребта в амбулаторних умовах. Доведена ефективність щодо застосування розробленого алгоритму лікувального масажу, який спрямований на покращання клінічних показників, нормалізацію артеріального тиску, амплітуди рухів хребта.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, остеохондроз хребта, лікувальний масаж, амплітуда рухів.

Abstract. 40 patients with hypertension combined with osteochondrosis in the outpatient setting were examined. The effectiveness of using this algorithm of therapeutic massage, which is aimed at improving clinical parameters, normalizing blood pressure of the amplitude of spinal movements, has been proved.

Key words: hypertension, spinal osteochondrosis, therapeutic massage, amplitude of movements.

Вступ. Гіпертонічна хвороба переважає в структурі серцево-судинних захворювань. За статистичними даними, в Україні частка хворих на гіпертонічну хворобу серед пацієнтів з серцево-судинною патологією складає 40,6%. Гіпертонічна хвороба серйозно впливає на основні показники здоров'я населення, насамперед такі, як втрата працездатності, тривалість і якість життя, і в цілому на демографічну структуру населення. У таких хворих частіше розвиваються ішемічна хвороба серця і порушення мозкового кровообігу. Відбуваються також патологічні зміни серця, які мають несприятливе прогностичне значення в розвитку серцевої недостатності, виникненні інфаркту міокарда, різних аритмій [1, 4].

Остеохондроз хребта розглядають як одну із найбільш розповсюджених форм хронічного системного ураження сполучної і хрящової тканини, для якої

характерні тотальність і одночасно нерівномірність уражень окремих відділів хребта. Головний фактор у дегенерації міжхребцевого диска - передчасне старіння, яке посилюється "легкими ударами нормального життя". Проведені дослідження показали, що понад 80% дорослого населення земної кулі відчуває біль у спині. Це захворювання за кількістю хворих поступається лише респіраторним інфекціям і посідає третє місце у світі. Остеохондроз хребта уражає найбільш працездатну частину населення і займає провідне місце щодо втрати працездатності у загальній структурі захворюваності. Ці хвороби значно поширилися за останні десятиріччя в економічно розвинених країнах, стали головною причиною інвалідності та смертності [3, 5, 6].

Мета – розробити і впровадити алгоритм масажних технологій, одночасно спрямованих на корекцію поєднаних захворювань: гіпертонічної хвороби та хребта.

Завдання дослідження:

1. Розробити алгоритм лікувального масажу при поєднанні гіпертонічної хвороби I-II ступеня з остеохондрозом хребта в осіб працездатного віку.
2. Перевірити ефективність запропонованої методики масажу при поєднаних патологіях.

Хід дослідження та обговорення результатів. Ми провели спостереження у 40 хворих віком від 45 до 55 років, з них 15 чоловіків і 25 жінок, у яких діагностовано гіпертонічну хворобу I-II ступеня та остеохондроз хребта. Пацієнти були детально обстежені і проходили амбулаторне лікування у поліклінічному відділенні №1 м. Ужгорода. За даними опитування, практично всі хворі 100,0% в обох групах скаржилися на головні болі, болі в шийному і грудному відділах хребта. Запаморочення відзначали 85,0% пацієнтів, ниючі болі або болі колючого характеру в ділянці серця при фізичному навантаженні відзначали 75,0% пацієнтів. Пальпаторну болючість окремих м'язів шиї, плеча виявляли у 70,0% хворих. Загальну слабкість, дратівливість, підвищену втомлюваність відзначали 95,0% пацієнтів. Всім хворим проводили ЕКГ, визначали частоту серцевих скорочень, артеріальний тиск. Визначення

рухливості хребта в шийному відділі хребта встановлювали за допомогою гоніометра та тесту Шобера. Тест Шобера: визначається відстань від горбка потиличної кістки до остистого відростка УІІ-ого шийного хребця. При дослідженні пульсу у хворих виявляється виражена лабільність і схильність до тахікардії. Середні показники ЧСС у пацієнтів у спокої становили 68 - 80 уд/хв. Середні показники систолічного артеріального тиску (САТ) становили $162 \pm 3,8$ мм рт. ст., а тиск діастолічний (ДАТ) – $98 \pm 2,3$ мм рт. ст. Амплітуда рухів у шийному відділі хребта, а саме поворот голови вліво становив $56,8^\circ$; поворот голови вправо – $56,9^\circ$ (при нормі 85°). При проведенні тесту Шобера відстань від горбка потиличної кістки до остистого відростка VII-ого шийного хребця при згинанні становила $5,46 \pm 1.09$ см. при розгинанні 2.39 ± 0.77 см. Норма становить 8-10 см. при згинанні і 3-4 см. при розгинанні. Таке зниження амплітуди рухів в шийному відділі хребта оцінюється як помірне.

При проведенні лікувального масажу у пацієнтів з поєднанням гіпертонічної хвороби та остеохондрозу хребта головним завданням було зменшити м'язове напруження в ділянці комірцевої зони, шиї, що сприяло б зменшенню судинного тонуусу та покращенню периферійного кровообігу, зниженню артеріального тиску, покращенню функції серцево-судинної системи, нормалізації процесів збудження і гальмування центральної нервової системи. Для впливу на остеохондроз необхідно збалансувати м'язове напруження правої та лівої половини спини та покращити трофічні процеси в м'язово-кісткового апарату. Спрямований вплив лікувального масажу сприяє доцільному перерозподілу крові по органах і тканинах організму за рахунок зміни тонуусу не тільки м'язів, але і судин, стимулюючи захисні механізми, прискорюючи і удосконалюючи розвиток компенсації, покращуючи обмін речовин і репаративні процеси, відновлюючи порушені функції; перебудовується функціональний стан вегетативних центрів, які покращують трофіку внутрішніх органів і опорно – рухового апарату. Завдяки лікувальному масажу додатково розкривається велика кількість резервних капілярів, і АТ може знижуватися, бо зменшується периферійний опір і серцю потрібно

виконати меншу роботу. Розвиток екстракардіальних факторів кровообігу, що виникає при проведенні масажу, також сприяє поліпшенню периферійного кровообігу.

Алгоритм проведення масажу, з урахуванням обох завдань, розроблено такий: починають масаж спини, використовуючи прийоми поверхневого і глибокого погладжування, в тому числі гребенеподібне, граблеподібне, гладіння за напрямком зверху вниз. Потім масаж паравертебральних зон шийних, верхньогрудних спинномозкових сегментів за напрямком зверху вниз і від «центру» до «периферії», тобто від шиї і хребта до лопаток і плечових суглобів, використовуючи прийоми погладжування, розтирання прямолінійне, циркулярне, гребенеподібне, м'яке поздовжнє і поперечне розминання. Легка безперервна лабільна вібрація. Потім масаж задньої поверхні шиї і ділянки надпліч за ходом м'язових волокон трапецієподібних і дельтоподібних м'язів, великих грудних м'язів зверху вниз. Далі лімфодренажний масаж до пахвових лімфатичних вузлів. При показах і необхідності масаж голови: охоплюючи поверхневе і глибоке погладжування паралельно двома руками в напрямку до потилиці, від тім'я до завушних ділянок; Тривалість масажу 8 – 12 хвили. Також рекомендовано з 2-ї процедури включити в масажний комплекс дренажний масаж гомілок з метою активізації відтоку венозної крові по великому колу кровообігу, що створює умови для полегшеного припливу артеріальної крові до місця масажу.

Сегментарний масаж включав дію на паравертебральні зони спинномозкових сегментів вдовж хребетного стовпа від L2 до С3. При сегментарному масажі використовували прийоми в такій послідовності:

- прийом «свердління» першим способом, спочатку справа 5 – 6 разів, потім зліва 5 - 6 разів від L2 до С3;

- прийом «дія на проміжки між остистими відростками хребців», починаючи з L2 до С3, з акцентом на сегменти D10 – D6, С3 – С4, виконується 5 – 6 разів;

- прийом «дія на навколлопаткову ділянку» з обох сторін, сегменти D10 – С3, повторити 5 – 6 разів. На курс 15-20 процедур.

Прийом «свердління» виконували так: права рука масажиста розміщується на попереку так, щоб хребет був між великим і рештою пальців; подушечкою великого пальця масажист проводить кругові рухи у напрямку до хребетного стовпа, 4 пальці при цьому є опорою. Опрацювавши один сегмент протягом 7 – 8 сек, масажист пересуває пальці на наступний сегмент. Прийом «дія на проміжки між остистими відростками хребців» виконується таким чином: масажист кінцеві фаланги II і III пальців обох кистей рук поміщає на хребет так, щоб один остистий відросток знаходився між чотирма пальцями. При цьому виникає хрестоподібна складка, і протягом 4 – 5 сек масажист виконує дрібні колові рухи, направлені в протилежні сторони, заглиблюючись як вище, так і нижче остистого відростка. Потім переходять на наступний остистий відросток, який розміщений вище. Прийом «дія на навколлопаткову ділянку» виконується так: спочатку виконуються погладжуючі рухи по периметру рівня обох лопаток, потім права рука розміщується на правій лопатці, ліва рука – на лівій. Усі маніпуляції проводяться у напрямку до зовнішніх країв лопаток, до рівня плечей, до потилиці. Тривалість масажу 6-10 хвилин. Загалом тривалість масажу 20 – 25 хвилин.

Після проведеного курсу масажу, який тривав 15 процедур, поряд із покращенням клінічної картини, середні показники САТ знизилися з $162 \pm 3,8$ мм рт. ст. до $138 \pm 2,7$ мм рт. ст., ДАТ з $98 \pm 2,3$ мм рт. ст. до $84 \pm 2,6$ мм рт. ст.

Повороти голови вліво збільшились з $56,8^\circ$ до $79,4^\circ$, вправо відповідно з $56,9^\circ$ до $77,1^\circ$. При проведенні повторно тесту Шобера відстань від горбка потиличної кістки до остистого відростка VII-ого шийного хребця при згинанні збільшилась з $5,46 \pm 1.09$ см. до $7,88 \pm 1.04$ см, при розгинанні з 2.39 ± 0.77 см. до 3.56 ± 0.65 см. Результат оцінюється як задовільний. Проведені дослідження свідчать, що застосування розробленого алгоритму лікувального масажу відчутно впливає на амплітуду рухів в шийному відділі хребта, відзначається позитивна динаміка артеріального тиску.

Висновки:

1. На основі проведення аналізу спеціальної літератури можна зробити висновок, що у осіб працездатного віку гіпертонічною хворобою страждає 40,6% пацієнтів серед захворювань серцево-судинної системи, остеохондроз хребта зустрічається у 80,0%, що в майбутньому становить собою серйозну проблему для виникнення ускладнень у дорослого населення.

2. Застосування алгоритму лікувального масажу при поєднанні гіпертонічної хвороби та з остеохондрозом хребта є ефективним методом прискорення одужання: зменшилась тривалість перебування пацієнтів на амбулаторному лікуванні, знизився артеріальний тиск - систолічний до $138 \pm 2,7$ мм рт. ст., діастолічний до $84 \pm 2,6$ мм рт. ст. Амплітуда рухів шийного відділу хребта при згинанні вперед збільшилась на 2,42 см., при розгинанні на 1,17 см.

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

Література

1. Блага О. С. Лікувальна фізична культура при захворюваннях серцево-судинної системи: методичні рекомендації / О. С. Блага, Л. В. Дичка, В. С. Сухан. – Ужгород, 2014. – 62 с.

2. Козак Д. В. Фізична реабілітація та основи здорового способу життя / Д. В. Козак, Н. О. Давибіда. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2005. – 199 с.

3. Основы медицинской реабилитации и немедикаментозной терапии: учебное пособие / Л. А. Пирогова. – Гродно: ГрГМУ, 2008. – 212 с.

4. Пешкова О.В. Фізична реабілітація при захворюваннях внутрішніх органів / О.В. Пешкова. - Харків: СПДФО Бровін О.В., 2011.-312 с. 8. Реабилитация при заболеваниях сердечно-сосудистой системы / под ред. И.Н. Макаровой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 304 с

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

6. Якименко О.О., Закатова Л. В., Дець В.В. Внутрішні хвороби: Навч. посібник / За ред. О. О. Якименко. — Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2003. — 142 с.

ЗМІСТ

Без'язична О.В., Мансіров Асіф Баглар огли. Масаж при хронічному вертеброгенному попереково-крижовому болю.	3
Брелюс Г.М. Ефективність Су-джок терапії в комплексній реабілітації хворих на хронічний обструктивний бронхіт.	11
Грохова Г.П. Вплив оздоровчого самомасажу на рекреативну культуру та формування здорового способу життя.	17
Грохова Г.П., Прісич О.Ю., Єфіменко П.Б. Самомасаж в режимі дня студентів спеціальної медичної групи при хронічному бронхіті.	23
Єфіменко П.Б., Пустовойт Б.А., Каніщева О.П. Особливості організації дистанційного навчання з різних видів масажу.	29
Каніщева О.П., Єфіменко П.Б. Особливості проведення масажної процедури особам різного віку з діагнозом «Мобільний кіфоз».	38
Каніщева О.П., Єфіменко П.Б. Самомасаж у комплексній програмі профілактики захворювань органів дихання.	45
Осіпов В.М. Реабілітаційний масаж при поступальних порушеннях, больових синдромах і вегетативній дисфункції.	53
Петрушко М.П., Тарасенко М.В. Ефективність застосування різних видів масажу для відновлення спортивної роботи здатності коней.	61
Полковник-Маркова В.С. Вплив модифікованої методики масажу при лордотичній поставі.	65
Руденко Р. Є., Левадний Д. А. Масаж у фізичній терапії осіб після артроскопії з приводу розриву хрестоподібної зв'язки.	70
Руденко Р. Є., Семен П. Д. Реабілітаційний масаж для спортсменів з порушенням функції слухового аналізатора.	75
Сірик І. В., Каніщева О.П. Сучасні SPA технології та нетрадиційні різновиди масажу GUA SHA в сучасності	82
Філак Я.Ф., Філак Ф.Г. Алгоритм проведення масажу в фізичній терапії хворих із поєднаними патологіями	88

Наукове видання

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОГО МАСАЖУ

XI міжнародна науково-практична конференція

24-25 квітня 2020 року

Збірник статей

Упорядник: проф. Єфіменко Павло Богуславович

*За достовірність представлених у збірнику матеріалів
відповідальність несуть автори*



медицинский центр доктора
БУБНОВСКОГО

