

УДК – 615.82:616.711

Комарницький Іван, ст. магістратури факультету здоров'я, фізичної культури і спорту; науковий керівник – к.пед.н., доцент Сірман О. В. (Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука, м. Рівне).

МАСАЖ ЯК ЗАСІБ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ СКОЛІОЗІ ТРЕТЬОГО СТУПЕНЮ

***Анотація.** В статті досліджено досвід лікування сколіозу 3-го ступеню, розглянуто етіологію, патогенез, клінічну картину цього захворювання, розкрито роль методів і засобів фізичної реабілітації та альтернативних методів оздоровлення в терапії захворювання, запропоновано нову методіку реабілітації хворих сколіозом 3-го ступеня шляхом комбінування традиційних методів з власною методикою масажу.*

***Ключові слова:** хребет, сколіоз, фізична реабілітація.*

***Аннотация.** В статье исследован опыт лечения сколиоза 3-й степени, рассмотрены этиология, патогенез, клиническая картина этого заболевания, раскрыта роль методов и средств физической реабилитации и альтернативных методов оздоровления в терапии заболевания, предложена новая методика реабилитации больных сколиозом 3-й степени путем комбинирования традиционных методов с собственной методикой массажа.*

***Ключевые слова:** позвоночник, сколиоз, физическая реабилитация.*

***Annotation.** In the article the experience in treating scoliosis of 3rd degree is investigated. We consider the etiology, pathogenesis, clinical picture of the disease. The role and methods of physical rehabilitation and alternative methods of healing the disease are shown. A new method of 3rd degree scoliosis rehabilitation by combining traditional methods with own method of massage is proposed.*

***Keywords:** spine, scoliosis, physical rehabilitation.*

Мільйони людей кожного дня страждають від нестерпного болю в спині. Таблетки і пілюлі, мазі і бальзами, комплексні вправи і різноманітні види лікування створюються з ціллю полегшення або профілактики болю в спині. Операції на хребті являються одними із самих частих у клінічній практиці. Хіропрактики і масажисти пробують лікувати подібні болю. Терапевти і спеціалісти з лікувальної фізкультури розробляють різноманітні процедури, складають пам'ятки для хворих та ін. Така велика увага до цієї

групи захворювань дозволяє розширити наші знання про причини виникнення і боротьби із хворобами хребта на більш високому рівні. Нині, розробляючи стратегію боротьби з болями у спині, лікарі часто звертають свою увагу не тільки на медикаментозне і хірургічне лікування, але і на правильне харчування, фізичну активність і застосування нетрадиційних методів лікування. Як правило людина народжується з прямим хребтом, потім виникає його викривлення вперед і назад. Викривлення хребта вперед називається – лордоз, назад – кіфоз. Фізіологічні вигини у назначеному напрямку пом'якшують рухи і допомагають зберегти рівновагу. Але це відноситься лише до тих випадків, коли криві виражені не більш чим фізіологічно.

Сколіоз – це викривлення хребта у бокову сторону (у фронтальній площині). Сколіоз уражує біля 2 % населення і часто має спадкову природу.

На підставі аналізу науково-методичної літератури визначено, що сколіотична хвороба – це захворювання всього організму, що характеризується цілим комплексом морфологічних змін хребта, грудної клітини, тіла та внутрішніх органів. Головним симптомом сколіотичної хвороби є викривлення хребта у фронтальній площині та торсія хребців. Найбільш раціональною є запропонована класифікація, в якій автори розподіляють усіх хворих на сколіоз на дві групи: з природженими та набутими формами. Сучасне лікування сколіотичної хвороби рекомендує три основні методи: мобілізацію хребта, корекцію деформації й утримання корекції [1; 2]. Для надання коригувальної дії, залежно від ступеня тяжкості сколіозу, застосовують спеціальні коригувальні гімнастичні вправи, які за формою виконання підрозділяються на симетричні, асиметричні та деторсійні. Було обґрунтовано комплексний підхід до фізичної реабілітації при сколіотичній хворобі з використанням лікувальної фізичної культури (ЛФК), лікувального масажу та фізіотерапії. Виявлено особливості методики ЛФК, лікувального масажу та фізіотерапії залежно від ступеня тяжкості сколіотичної хвороби. Було описано основні методи оцінки ефективності застосованих засобів фізичної реабілітації при сколіотичній хворобі.

Метою нашої статті є дослідження сучасної методики масажу в комплексній фізичній реабілітації (ФР) при сколіозі.

Хребет – дуже складна конструкція. Його основу складають хребці, між хребцями хрящі, суглоби між хребцевих відростків а сухожильний апарат з'єднують хребці між собою, м'язи забезпечують стійкість і рухомість хребта. Хребет – жорсткий стержень, який підтримує тулуб, голову і пояс верхніх кінцівок, стійкий «захисний футляр» спинного мозку. В той же час хребет – гнучкий ланцюг, який дозволяє тулубу згинатися і повертатися, еластична ресора, яка гасить удари і поштовхи та утримує рівновагу тіла [1; 2]. Усі ці функції взаємопов'язані, хребет повинен бути рухомим на скільки це можливо, стійким, на скільки це

необхідно і достатньо міцним, щоб витримати статичні та динамічні навантаження. А навантаженням хребет підлягає постійно тому, що бере участь буквально у кожному русі: і при ходьбі, і при будь-якому русі голови або кінцівок на центральну вісь тіла діють динамічні навантаження. Крім того хребет зазнає практично постійно статичні навантаження. Підтримувати визначене положення тіла нам приходиться не тільки стоячи, сидячи або при роботі в уклін. Навіть лежачи на дивані з журналом, досить важко підібрати положення, в якому так звані «позові м'язи» (м'язи тулуба, що підтримують осанку) повністю розслабляться, а хребет прийме ідеальне положення. Уві сні міжхребцеві диски можуть бути здавлені з-за некомфортної подушки і матрацу. Навіть якщо зняти будь-яке навантаження на хребет, наприклад у теплій ванні (практично в невагомості), хронічно перенапружені ділянки м'язів можуть продовжувати підтримувати звичні зусилля і фіксувати окремі ділянки хребта у неправильному положенні [3].

Хребет змушений пристосовуватись до різних умов життя: до незручних меблів, сидіння в авто, до роботи за прилавком або станком, до важких сумок і гальмування автобусів у час пік. Гнучкість та жорсткість хребта забезпечується його суглобами і сухожиллям. Передня і задня поздовжні сухожилки, сухожилля між хребцевих суглобів та суглобові сумки повинні бути достатньо еластичними, щоб забезпечити необхідний об'єм руху хребта, і достатньо міцними, щоб запобігти пошкодженню при русі з великою амплітудою. Навіть незначні пошкодження зв'язок при травмах, різких рухах, надмірних навантаженнях з часом призводять до обмеженої рухомості хребта.

Руси у хребті, як у складній системі шарнірів, проходять за участі «підшипників» – міжхребцевих дисків і хрящів суглобів, утворених відростками сусідніх хребців. На хрящових «підшипниках» рухаються приєднані до хребта ребра, ключиці та голова [2]. Хребет працює як система амортизаторів, які подібно ресорам автомобіля гасять вертикальні навантаження. Удари, спрямовані по вертикальній осі тіла виникають при кожному кроці або стрибку, а у транспорті – при кожному поштовху, при кожному коливанні транспорту і навіть з-за непомітної вібрації від мотору. Без надійних ресор все тіло, у тому числі й головний мозок отримували б постійні струси. Ресорна функція здійснюється за рахунок еластичних міжхребцевих хребців і наявності фізіологічних (природних) вигинів хребта – лордозів і кіфозів. Лордозом називається вигин хребта звернений випуклістю вперед, а кіфозом – випуклістю назад. Хвилеподібна форма хребта допомагає амортизувати вертикальні навантаження [2].

М'язи навколо хребта, забезпечують дві його протилежні функції – рухомість і стабільність. Рухомість у кожному міжхребцевому суглобі окремо невелика, але хребет у цілому – достатньо гнучка система. Координація роботи м'язів забезпечує гармонічні руси хребта. Головну

роль у збереженні вертикальної пози відіграють м'язи спини, що випрямляють хребет і поздовжньо-поперекові м'язи. Для стабільності хребта дуже важливі і своєрідні гідравлічні опори – тиск у грудній і черевній порожнинах. М'язи черевного пресу грають не менше значення для утримання осанки та захисту хребців від зрушень і травм, ніж м'язи спини. М'язова тяга формує вигини хребта, стимулює його нормальний розвиток. Добре розвинений м'язовий корсет здатен захистити хребет від травмуючи навантажень. Порушення м'язового тонусу відбувається при будь-яких неполадках у хребті. Слабкість м'язового корсету, нерівномірний тону м'язів неминуче пов'язані з підсиленням або сплюсненням фізіологічних вигинів хребта або його боковим викривленням. Все це призводить до зростання навантаження на міжхребцеві диски і в них відбуваються дегенеративні зміни [4].

Між «просто» порушеннями осанки та хворобами хребта немає чіткої межі. Типовий приклад такого перехідного стану – нестабільність хребта. Слабкі м'язи і зв'язки не в стані утримувати хребці при рухах, млява осанка призводить до підвищення тиску на міжхребцеві диски, і при цьому розвивається юнацький остеохондроз, який відрізняється від «звичайного» тільки віком хворих. Визначення «звичайний» можна було б і не ставити в лапки, а використовувати у прямому розумінні, адже, за даними медичної статистики, від 40 % до 80 % усього населення земної кулі страждає на остеохондроз. Приблизно кожна третя людина, віком за тридцять років скаржиться на болі в спині або головний біль, пов'язані з остеохондрозом. Таким чином, дві найбільш поширені напасті, пов'язані з хребтом, порушення осанки та остеохондроз – це два боки однієї медалі [5; 6] А оскільки немає такого захворювання хребта, яке б не впливало на усі інші органи і системи організму, то можна сказати, що хребцевий стовп – це дійсно «стовп здоров'я».

Сколіоз – це бічне викривлення хребта, яке може розвиватися у різних його відділах. Визначають сколіоз по тій стороні, куди звернений вигин дуги викривлення [3].

Хребет може бути викривленим вигином вправо (часто у грудному відділі), вліво (часто у поперековому відділі) або звертатися навколо вертикальної осі. Часто сколіоз поєднується з такими деформаціями, як кругла спина і горб. Викривлення хребта може виникнути після перенесеного рахіту, паралічу, при радикуліті, а може бути обумовлено патологічною спадковістю. Утворенню сколіозу можуть сприяти систематичні надмірні фізичні навантаження або, навпаки, недостатнє заняття фізкультурою. Також зустрічаються ідіотичні сколіози, причина виникнення яких не відома. Що стосується набутого сколіозу, то найбільш небезпечним періодом для його формування або ускладнення являються періоди посиленого росту кісток у довжину [6; 7].

Перший такий період приходить на вік 5–8 років, другий – період статевого дозрівання, 12–15 років. Посилений ріст скелету викликає перенапруження м'язово-сухожильного апарату. В результаті при перенапруженні хребта навіть у здорової дитини може розвинути сколіоз; якщо у дитини вже був сколіоз, наприклад 1-го ступеня, то він може прогресувати. І тут грає важливу роль незручна парта в школі, приховані, слабо протікаючі захворювання внутрішніх органів, перевтома та загальна слабкість організму. Якщо це дійсно функціональний, а не істинний (не вроджений) сколіоз, то викривлення хребта є перехідним і часто зникає до 16–18 р. Сколіоз уражує біля 2 % населення і часто має спадковий характер. Поява сколіозу як правило співпадає з періодом статевого дозрівання, коли дитина робить різкий «скачок» в рості, часто виникає у практично здорових дітей [7].

Отже, можна зробити висновок, що деформація хребта виникає внаслідок вроджених дефектів (ребра хребці що зрослися, клиноподібний хребет), одностороннього паралічу в результаті поліомієліту (фіксований сколіоз), поганій осанки або різної довжини ніг (функціональний сколіоз). Розрізняють простий сколіоз, коли є один вигин (С-подібний сколіоз), і складний сколіоз з утворенням двох або трьох вигинів у різні боки (S-подібний сколіоз). Ці патологічні деформації можуть бути вродженими і набутими. У дитинстві сколіози можуть виникнути внаслідок звикання організму до неправильної пози (читати, малювати лежачи на боці, стояти, спираючись на одну ногу, та ін), постійного носіння портфеля в одній руці, неправильного сидіння за столом, за партою. Перспектива подальших досліджень полягає в розробці науково обґрунтованого комплексу заходів для впровадження в програми фізичної реабілітації направлених на покращення стану осіб хворих сколіозом.

1. Латогуз С. И. Руководство по технике массажа и мануальной терапии / С.И. Латогуз. – М. : ООО «Издательство АСТ»; Харьков : «Форсинг», 2002. – 186 с.
2. Васичкин В. И. Справочник по массажу / В. И. Васичкин – Ленинград : Медицина, 1999. – 69 с.
3. Очерет. А. Сколиоз или жизнь в кривом зеркале / А. Очерет. – СПб. : «Диля», 2003. – 96 с.
4. Милукова И. В. Лечебная физкультура: Новейший справочник (под общ. ред. проф. Т. А. Евдокимовой.) – СПб. : Сова; М. : Эксмо, 2003. – 86 с.
5. Незлобина Е. Боль в спине / Е. Незлобина. – М. : Крон – Пресс, 2000. – 96 с.
6. Шоммер Н. Как остановить сколиоз / Н. Шоммер. – М. : Крон. – Пресс, 1996. – 381 с.
7. Марков П. П. Остеохондроз и другие дистрофические изменения позвоночника у взрослых и детей / П. П. Марков. – Москва : Медицина, 1994. – 184 с.