

істини як такої, а студент – це «слухняний юнак», який їх механічно сприймає та намагається засвоїти саме те, що пропонує викладач.

Це є переходом до так званої «особистісної педагогіки», під якою розуміється процес навчання як процес «взаємодії особистостей» та процес зворотнього зв'язку від студента до викладача. Ми вважаємо, що це є перспективний шлях розвитку творчих здібностей та інтелектуального потенціалу студентів.

**Висновки.** Негативні та антигуманні тенденції поступово ведуть до того, що спорт втрачає свою гуманну суспільну сутність; загострюється протиріччя між спортом та гуманізмом. В зв'язку з цим є актуальним питання про створення певного спортивно – гуманістичного виховання соціального суб'єкта в широкому розумінні цього слова, а саме такого виховання дітей та підлітків; юнацтва та різних соціально – демографічних груп молоді (робочої та студентської а також молододі інтелігенції тощо); спортсменів та тренерів а також вболівальників – тобто великої кількості людей, яка має як безпосереднє, так й опосередковане відношення до спорту, яке, тобто виховання, сприятиме розвиткові позитивних тенденцій.

Вкрай необхідним створення такої системи виховання є для студентів фізкультурно – спортивних навчальних закладів так як саме від них в значній мірі залежить майбутнє цього соціального явища, а також подолання негативних моментів стосовно розвитку спорту та повернення його на шлях засновника Олімпійського руху щодо ідеалів гуманності та об'єднання людей а також всебічного розвитку людства.

#### Література

1. Лобаненко А.В. Педагогическая система формирования у студенческой молодежи потребностей в физической культуре // Автор.дисс..., г.Краснодар, 1999.
2. Лубышева Л.И. Женщина и спорт: социальный аспект // Теория і практика фізичної культури, № 6. – 2000. – С. 18-21.
3. Лубышева Л.И. Социология физической культуры и спорта / Л.И.Лубышева. – М.: Академия, 2004. – 237 с.
4. Столяров В.И., Кудрявцева Н.В. Физкультурно-спортивная работа с населением на пороге XXI века. Ст.: проблемы и пути их решения // спорт, духовные ценности, культура. Вып.9, Москва, РГАФК, 1998. – С. 97-118.

#### Referens

1. Lubysheva L. I. (2000) Zhenshina i sport: sozial'ni aspect [The woman and sport] // Teoria i praktika fisichnoi kul'tury, № 6. – С. 18 – 21.
2. Lubysheva L. I. (2004) Soziologia fisicheskoi kul'turi i sporta [The sociology of physical culture and sport] / L. I. Lubysheva. – М.: Akademia, – 237 s.
3. Stolyarov V. I., Kudryavzeva N. V. (1998) Fizkul'turno – sportivnaya rabota s naseleniem na poroge XXAI veka : problemi i puti ikh reshenia [The physical and cultural sport work with population at the beginning of XXI century : problems and ways of their solution] // Sport, dukhovnye zennosti, kul'tura. Vyp.9, Moskva, RGAFK, – S. 97 – 118.
4. Hyllegard R., Radlo S., Early A. (2001) Attribution of athletic expertise by college coaches // Percept Mot Skills. Feb.; 92(1): 193 – 207.
5. Kries J. (2002) Pilates plus method. An AOL Time Warner Company - 288 p.

УДК 796.615.814.1.

**Припутень А.М.**  
**магістр кафедри біобезпеки і здоров'я людини**  
**Національного технічного університету України**  
**"Київський політехнічний інститут ім. Ігоря Сікорського"м. Київ**  
**Глиняна О. О.**  
**кандидат наук з фізичного виховання та спорту,**  
**доцент, доцент кафедри біобезпеки і здоров'я людини**  
**Національного технічного університету України**  
**"Київський політехнічний інститут ім. Ігоря Сікорського", м. Київ**

#### ОСТЕОПАТИЧНІ ТЕХНІКИ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК З ЦЕРВІКАЛГІЄЮ

Проведено огляд літературних джерел з питання фізичної реабілітації жінок хворих на цервікалгію. Окреслена постановка проблеми дослідження, надано аналіз останніх публікацій провідних фахівців в галузі фізичної реабілітації з окресленого питання. Розглянуто застосування остеопатичних технік, гімнастики К. Левіта, кінезіотейпування, лікувального масажу та фізіотерапії у відновленні жінок з цервікалгіями. Метою роботи є розробка та оцінка ефективності програми при цервікалгіях у жінок. За результатами візуально-аналогової шкали болю у жінок з цервікалгіями інтенсивність больових відчуттів до фізичної реабілітації в ОГ була оцінена –  $\bar{X} = 6,9$  балів ( $S=1,6$  балів), в КГ –  $\bar{X} = 6,8$  балів ( $S=1,7$  балів) ( $p>0,05$ ), через 8 днів після фізичної реабілітації в ОГ склали –  $\bar{X} = 3,3$  балів ( $S=0,8$  балів), в КГ –  $\bar{X} = 5,4$  балів ( $S=1,2$  балів) ( $p<0,05$ ).

**Ключові слова:** фізична реабілітація, жінки, цервікалгія, остеопатичні техніки, кінезіотейпування.

**Припутень А.Н., Глиняна А.А. Остеопатическая техника в физической реабилитации женщин с**

**цервікалгій.** Проведен обзор літературних джерел по вопросу фізическої реабілітації жінок з цервікалгією. Обозначена постановка проблеми дослідження, дан аналіз останніх публікацій вчених спеціалістів в області фізическої реабілітації з очертанням питання. Розглянуто застосування остеопатических технік, гімнастики К. Левіта, кінезіотейпінгання, лікувального масажу і фізіотерапії в відновленні жінок з цервікалгією. Метою роботи є розробка і оцінка ефективності програми при цервікалгії у жінок. По результатам візуально-аналогової шкали болю у жінок з цервікалгією інтенсивність болевих відчуттів к фізическої реабілітації в ОГ була оцінена –  $\bar{x} = 6,9$  балів ( $S=1,6$  балів), в КГ –  $\bar{x} = 6,8$  балів ( $S=1,7$  балів) ( $p>0,05$ ), через 8 днів після фізическої реабілітації в ОГ складало –  $\bar{x} = 3,3$  балів ( $S=0,8$  балів), в КГ –  $\bar{x} = 5,4$  балів ( $S=1,2$  балів) ( $p<0,05$ ).

**Ключевые слова:** фізическа реабілітація, жінки, цервікалгія, остеопатическі техніки, кінезіотейпінгання.

**Priputen A., Glyanyana O. Osteopathic techniques in the physical rehabilitation of women with cervical disease.**

Cervical syndrome refers to all pathological clinical manifestations that are associated with functional disorders and degenerative changes in the cervical segments. In its turn this is accompanied by a limitation of the mobility of the cervical spine, increased tension of the muscles of the shoulder girdle and neck, and sometimes root signs of lesions of the upper extremities, as well as vegetative manifestations. A review of the literature on the subject has been carried out. The problem statement of the research is outlined, the latest publications of leading experts in the field of physical rehabilitation are analyzed. The purpose of this work is to develop and determine the effectiveness of the program of osteopathic techniques in the complex of physical rehabilitation for women with cervical disease.

A comprehensive program of physical rehabilitation of women with cervical disease with osteopathic techniques on sparing, sparing-training and training regimens has been developed. The application of osteopathic techniques, K. Levitus gymnastics, kinesiotherapy, therapeutic massage and physiotherapy in the recovery of women with cervical disease are considered. The article discusses the peculiarities and benefits of kinesio taping in the acute stage, the use of the type of tapes - ligament-tendon correction. The use of osteopathic techniques at the subacute stage significantly improved functionality in the cervical spine and reduced muscle spasm. The use of stretching of the occipital muscles has helped to eliminate the spasm of these muscles and increase vascular drainage in this area.

According to the results of the visual-analogue scale of pain in women with cervical pain, the intensity of pain sensations for physical rehabilitation in OG was estimated –  $\bar{x} = 6.9$  points ( $S = 1.6$  points), in CG –  $\bar{x} = 6.8$  points ( $S = 1.7$  points) ( $p > 0.05$ ), 8 days after physical rehabilitation in OG amounted to –  $\bar{x} = 3.3$  points ( $S = 0.8$  points), in CG –  $\bar{x} = 5.4$  points ( $S = 1.2$  points) ( $p < 0.05$ ).

**Keywords:** physical rehabilitation, women, cervicalgia, osteopathic techniques, kinesiotherapy.

**Постановка проблеми аналіз останніх досліджень та публікацій.** Біль в спині різної локалізації (по Міжнародній Класифікації Хвороб – М-54) є найбільш частою причиною, з приводу якої хворі звертаються за медичною допомогою. Протягом року біль у шиї відзначають приблизно 20% осіб у популяції і 50% осіб працездатного віку. При цьому майже у 2 рази частіше больовий синдром зустрічається в осіб, чия робота пов'язана з фізичним навантаженням [3, с.16]. Серед больових синдромів у шиї (включаючи цервікалгію, цервікокраніалгію і цервікобрахіалгію) посідає друге місце (30,2%) після болю у нижній частині спини (42,0%) і, у переважній більшості випадків, призводить до тимчасової втрати працездатності у людей молодше 45 років, що є серйозною соціально-економічною проблемою в усьому світі. До 60 років жінки хворіють частіше ніж чоловіки. Цервікальний синдром пов'язаний з функціональними порушеннями й дегенеративними змінами в сегментах шийного відділу. Це в свою чергу супроводжується обмеженням рухомості шийного відділу хребта, підвищеною напругою м'язів плечового поясу й шиї та іноді корінцевими ознаками ураження верхніх кінцівок, а також вегетативними проявами [6, с.156].

Таким чином виявлення нових ефективних технологій, методів і засобів для підвищення функціональних можливостей шийного відділу хребта, зменшення періоду відновлення осіб з цервікалгіями та профілактика рецидиву, продовжує залишатися актуальною темою.

З урахуванням зазначеного є актуальним і доцільним створення програми фізичної реабілітації з елементами остеопатических технік у комплексі засобів фізичної реабілітації жінок з цервікалгіями із застосуванням сучасних остеопатических технік, кінезіотейпінгання, лікувального масажу для підвищення ефективності та безпеки відновного процесу.

**Зв'язок роботи з науковими програмами або практичними завданнями.** Робота виконана відповідно до плану НДР «Розробка технологій фізичної терапії та технічних засобів її здійснення», Державний реєстраційний номер № 0117 У 002938 кафедри біобезпеки і здоров'я людини НТУУ «КПІ ім. Ігоря Сікорського».

**Формування мети дослідження** – є розробити та визначити ефективність програми остеопатических технік у комплексі засобів фізичної реабілітації для жінок з цервікалгіями.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Дослідження проводилися на базі Центру здоров'я «Аюрведа 192», основою яких були методи, засоби фізичної реабілітації та елементи остеопатических технік. В дослідженні приймали участь 10 жінок з діагнозом цервікалгія у вік 38 до 52 років. Хворих було розділено на дві групи: основну ОГ (n=5) і контрольну групу КГ (n=5).

Оцінку ефективності розробленої нами програми остеопатических технік у комплексі засобів фізичної реабілітації

жінок з цервікалгіями проводили за результатами: динаміки больових відчуттів за візуально-аналоговою шкалою болю, оцінювалися до фізичної реабілітації та на 8 день, порівняльного аналізу результатів, отриманих під час педагогічного спостереження при використанні розробленої авторської програми та програми Центру здоров'я «Аюрведа 192». Було проаналізовано та узагальнено дані історій хвороби і результати клінічних досліджень 10 жінок з цервікалгіями, які проходили консервативне лікування у Центрі здоров'я «Аюрведа 192» 2018–2019 роках.

Нами було обрано для програми остеопатичних технік у комплексі засобів фізичної реабілітації жінок з цервікалгією, періодизацію запропонованою В.А. Епіфановим, який поділяє консервативне лікування хворих з цервікалгіями на стадії: гостру (1–5 днів); підгостру (6–8 днів); ремісії (9–20 день) [1, с.176].

**Гостра стадія** триває у середньому від 1–5 днів.

**Завдання програми фізичної реабілітації на гострій стадії:** зниження больового синдрому; покращення психоемоційного стану; ознайомлення з вправами для розтягнення спазмованих паравертебральних м'язів по К. Левіту; покращення якості життя хворих на цервікалгії.

Неодмінною умовою лікування больового синдрому в гострій стадії є розвантаження хребта, для чого застосовується іммобілізація уражених сегментах на короткий час (протягом 2–5 днів). При цервікалгії для цієї мети може бути застосований комір Шанца, але нами було обраний метод кінезіотейпування, який дозволив зменшити виражені больові відчуття в шийному відділі та не обмежувати рухову активність у шийному відділі хребта [8, с.75].

**Методика кінезіотейпування:** Одні тейп довжиною 10 см розрізають поздовжньо по середині тейпа на 2 смуги, залишивши поза розрізаним один з країв стрічки довжиною 3–4 см. Пацієнт перебуває в положенні сидячи. Підстава тейпа накладається на 2–3 грудні хребці і паралельно хребту клеїться права смужка тейпа з натягом 20–30%, і таким чином клеїться тейп ліворуч. Другий і-подібний тейп фіксується (середина тейпа) на 7 шийному хребці, клеїться з натягом 10-15%. (рис. 1) [4, с.123].

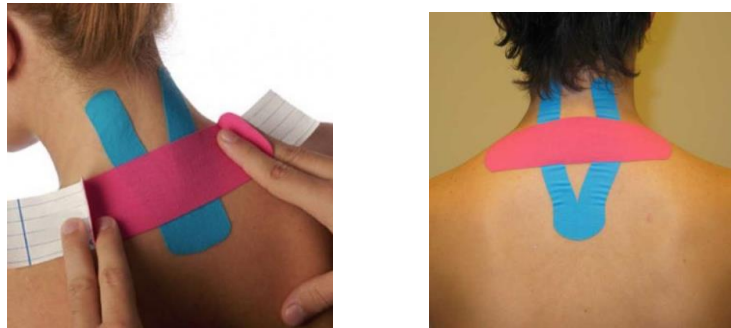


Рис.1. Кінезіотейпування шийного відділу хребта

Вправи для мобілізації шийного відділу хребта (згідно рекомендацій Карла Левіта) [3, с.18].

1. Мобілізація верхнього грудного відділу хребта і шийно-грудного з'єднання. В.п. Сидячи на стільці, спина підтримується спинкою стільця на рівні нижнього хребця сегмента, яке зазнає лікуванню. Відхилитися назад до напруги і почати робити повторювані невеликі, ритмічні рухи назад, при цьому голова рухається назад горизонтально.

2. Мобілізація шийно-грудного з'єднання. В.п. Розвести руки в сторони, приблизно на 45 градусів і розставити пальці і почати обертальні рухи долонями, краще якщо кожна рука повертається в протилежному напрямку. Ефект буде більше, якщо одночасно повертати голову в тому ж ритмі, що й рука, краще до тієї руки, яка повертається в пронації (великий палець опущений). Обов'язково стежити за плечима, які при цьому повинні бути розслаблені.

3. Самообілізацію шийного відділу хребта ретрофлексії (нахил назад). Ліктьовою поверхнею обох рук пацієнт фіксує нижній хребець сегмента, що піддається лікуванню. Зміщує голову назад так, щоб досягти попередньої напруги, а потім робить пружні руху назад, невеликими повторюваними рухами сегмента. Можна, щоб досягти розслаблення повернути голову, а потім робити ритмічні повторювані пружні руху в ротації. Замість пружних рухів сегмента в ротації можна, після досягнення попереднього напруження, подивитися вгору, повільно вдихнути, а потім подивитися в сторону виконаної мобілізації, при цьому повільно видихати і автоматично збільшуючи діапазон ротації. Повторити три рази.

4. Самообілізацію шийного відділу хребта в латерофлексії (нахил в сторону) [7, с.206].

#### **Підгостра стадія (6-8 день)**

**Завдання програми:** зниження больового синдрому; розслаблення поструральних і зміцнення фазичних м'язів; покращення трофічних процесів у шийному відділі хребта; адаптація організму до статичного навантаження, яке поступово збільшується. Комплекс лікувальної гімнастики по К.Левіну пацієнти продовжували виконувати в домашніх умовах. Заняття з фізичним терапевтом проводилися щоденно крім вихідних. Фізичний терапевт виконував лікувальний масаж по 15–20 хв. Після процедури лікувального масажу виконувалися остеопатичні техніки.

**Інгібіція підпотиличних м'язів.** В.п. пацієнта: лежачи на спині. В.п. фізичного терапевта: сидячи у головного кінця кушетки. Положення рук фізичного терапевта: передпліччя спеціаліста лежать на столі 1–4-й пальці подушечками розташовуються в області прикріплення підпотиличних м'язів до потиличної кістки. Корекція: інгібіція здійснюється за допомогою тиску власної ваги голови пацієнта на пальці спеціаліста.

**Техніка на м'яких тканинах шиї.** В.п. пацієнта: лежачи на спині. В.п. фізичного терапевта: сидячи у головного кінця кушетки. Положення рук фізичного терапевта: руки спеціаліста укладаються таким чином, що підстави кистей розташовуються на потиличній кістці пацієнта в зоні краніоцервікального переходу. Великі пальці розташовуються на бічних поверхнях шиї. Подушечки 1–4-х пальців контактують з паравертебральними м'язами шийного відділу хребта початковий

етап [2, с.96].

**Стадія ремісії (9-20 день).** *Завдання:* розслаблення постуральних і зміцнення фазичних м'язів; покращення трофічних процесів в шийному відділі хребта; адаптація м'язів шийного відділу хребта до статичного навантаження; покращення якості життя хворих на цервікалгії. Одним із різновидів остеопатичних технік є «Стрейчінг» виконувався на стадії ремісії. Перед «стрейчінг» фізичний терапевт виконував лікувальний масаж для комірцевої зони. Стрейчінг потиличних м'язів виконується аби прибрати спазм цих м'язів і підсилити васкулярний дренаж цієї зони.

В.п. фізичного терапевта сидючи біля узголів'я пацієнта. Руки на столі, подушечки пальців між С0 і С1. Під дією сили тяжіння голови відбувається повздовжнє розтягнення м'язових волокон, що дозволяє м'язовим волокнам перебувати у стані натягнутого тятива лука. Це діє на нейром'язові осі і знімає напругу з гіпертрофованого м'яза, усуває біль і покращує трофіку, оскільки цей рух здійснює її дренаж.

За результатами візуально-аналогової шкали болю дані наведені на рис.2. у жінок з цервікалгіями інтенсивність больових відчуттів до фізичної реабілітації в ОГ була оцінена –  $\bar{X} = 6,9$  балів (S=1,6 балів), в КГ–  $\bar{X} = 6,8$  балів (S=1,7 балів) (p>0,05), через 8 днів після фізичної реабілітації в ОГ склали –  $\bar{X} = 3,3$  балів (S=0,8 балів), в КГ–  $\bar{X} = 5,4$  балів (S=1,2 балів) (p<0,05).

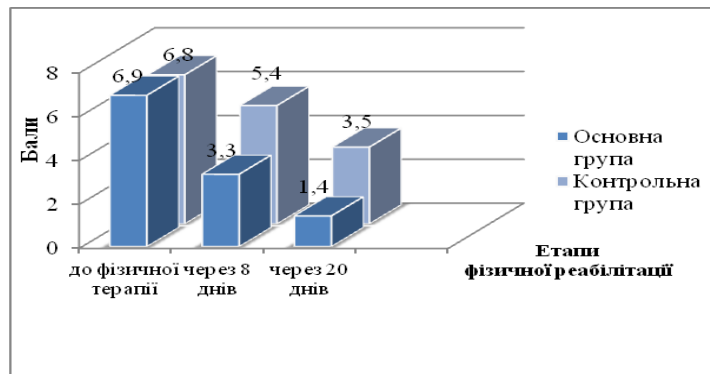


Рис.2. Динаміка больових відчуттів за візуально-аналоговою шкалою у шийному відділі хребта

**Висновки.** Розроблено програму фізичної реабілітації з елементами остеопатичних технік для жінок з цервікалгіями з індивідуальним підходом, яка вміщує, окрім традиційних методів і засобів відновлення (лікувальна гімнастика, сегментарно-рефлекторний та лікувальний масаж), також і сучасні: остеопатичні техніки та кінезіотерапіювання. Акцентом якої був вплив на спазмовані м'язи та їх витягування, зняття больових відчуттів у шийному відділі хребта, одночасне зміцнення м'язів хребта та покращення якості життя хворих.

**Перспективи дослідження.** Враховуючи появу нових сучасних методів фізичної реабілітації, ми вважаємо дуже перспективними дослідження і розроблення нових методик поєднаного використання ударно-хвильової терапії та остеопатичних технік при цервікалгії у жінок.

#### Література

1. Епифанов В.А. Остеохондроз позвоночника. Москва: Медицина; 2008. – 271 с.
2. Новосельцев С.В. Остеопатия. Основные приемы лечения и самопомощи, СПб, Невский проспект. –2003. – 160 с.
3. Скоромец А.А., Новосельцев С.В. Хлыстовая травма. Механизмы возникновения и возможности остеопатической коррекции // Мануальная терапия, №3 (7), 2002. – С. 16–20.
4. Субботин Ф.А. Консервативное лечение миофасциального болевого синдрома. Ялта: Визави; 2013. – 220 с.
5. Шостак Н.А.Правдюк Н.Г. Цервикалгия – некоторые вопросы диагностики и лечения.Фарматека. 2008(13); 72–76.
6. Юрик О.С. Неврологичні прояви остеохондрозу : патогенез, клініка, лікування / О.Е. Юрик. – К. : Здоров'я, 2001. – 344 с.
7. Hoy D.G. The epidemiology of neck pain. Best Pract Res Clin Rheumatol.2010 Dec;24(6):783–92.
8. Lazarieva, O.B. Physical rehabilitation of low back pain based on a conceptual system approaches. Pedagogics, psychology, medical-biological problems of physical training and sports. 2014. 11:74–78.

#### References

1. Epyfanov V.A. Osteokhondroz pozvonochnyka. Moskva: Medytsyna; 2008. – 271 s.
2. Novoseltsev S.V. Osteopatya. Osnovnyye pryemy lecheniya y samopomoshchy, SPb, Nevskiy prospekt. – 2003. – 160 s.
3. Skoromets A.A., Novoseltsev S.V. Khlystovaya travma. Mekhanyzmy voznyknoveniya y vozmozhnomy osteopatycheskoj korrektsyy // Manualnaia terapiya, №3 (7), 2002. – S. 16–20.
4. Subbotyn F.A. Konservatyvnoe lechenye myofastyalnogo bolevoho syndroma. Yalta: Vyzavy; 2013. 220 s.
5. Shostak N.A.Pravdiuk N.H. Tservykalhyya – nekotoryye voprosy dyahnostyky y lecheniya.Farmateka. 2008(13); 72–76.
6. Yuryk O.Ye. Nevrolohichni proiavy osteokhondrozu : patohenez, klinika, likuvannia / O.E. Yuryk. – K. : Zdorov'ia, 2001. – 344 s.
7. Hoy D.G. The epidemiology of neck pain. Best Pract Res Clin Rheumatol.2010 Dec;24(6):783–92.
8. Lazarieva, O.V. Physical rehabilitation of low back pain based on a conceptual system approaches. Pedagogics, psychology, medical-biological problems of physical training and sports. 2014. 11:74–78.