

DOI 10.31392/NPU-nc.series15.2022.3(148).17
УДК:617.559-009.76.78

Лівак П. Є.
кандидат юридичних наук, доцент кафедри теорії та методики фізичного виховання
Українського гуманітарного інституту
Савчук М. П.
викладач кафедри теорії та методики фізичного виховання Українського гуманітарного інституту
Марценюк І. Р.
студентка спеціальності «Реабілітація та масаж кафедри теорії та методики фізичного виховання
Українського гуманітарного інституту

ДОЦІЛЬНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЗАСТОСУВАННЯ КОНТРАСТНОЇ ГІДРОПРОЦЕДУРИ ТА МАСАЖНОЇ ТЕХНІКИ «ПО ТИПУ АПЛІКАТОРА» ПРИ МІОФАСЦІАЛЬНОМУ БОЛЬОВОМУ СИНДРОМІ

В статті розглянута проблема поширення міофасціального больового синдрому та складнощі, пов'язані з його лікуванням. Представлено попередні дослідження щодо визначення, походження та причин виникнення міофасціальних порушень. Висвітлено явище тригерних точок і способи їх усунення. Визначено фази перебігу больового синдрому та напрямки його подолання. Проаналізовано дію тепла, холоду та масажера-аплікатора при МФБС та протипоказання до їх застосування. Обґрунтовано доведено позитивний вплив та доцільність комплексного застосування контрастної гідро процедури і масажера-аплікатора при порушеннях кровотоку, лімфоток, наявності запальних процесів в м'язових тканинах та фасціях. Детально описані особливості проведення даної методики.

Ключові слова: контрастна гідро процедура, масажна техніка, аплікатор, міофасціальний больовий синдром.

Livak P., Savchuk M., Marchenuk I. Expenditure of complex application of contrast hydroprocedure and massage technique «applicator type» in myofascial bol. The article considers the problem of the spread of myofascial pain syndrome and the difficulties associated with its treatment. Preliminary studies on the definition, origin and causes of myofascial disorders are presented. The phenomenon of trigger points and ways to eliminate them are highlighted. The phases of the pain syndrome and the directions of its overcoming are determined. The effect of heat, cold and massager-applicator at MFBS and contraindications to their use are analyzed. The positive effect and expediency of complex application of contrast hydrotherapy and massager-applicator in disorders of blood flow, lymph flow, the presence of inflammatory processes in muscle tissues and fascia have been substantiated. Features of this technique are described in detail.

Key words: contrast hydrotherapy, massage technique, applicator, myofascial pain syndrome.

Постановка проблеми. Проблема міофасціальних порушень є актуальною в наш час, особливо в результаті гіподинамії, стресу, фізичних та емоційних перенавантажень, відсутності здорового способу життя. Виникнення болю є основною причиною звернення пацієнта до лікаря. Больовий синдром в м'язах та фасціях є першими симптомами захворювань опорно-рухового апарату. Спочатку це створює певний дискомфорт та деякі незначні та недовготривалі обмеження в русі. Але якщо проблема набуває хронічного характеру, це призводить до ускладнень і позбавляє повноцінного та якісного життя.

Фармацевтична промисловість пропонує великий асортимент лікувальних гелів, мазей, кремів, але всі вони здатні лише усунути симптоми, та не вирішують саме причину міофасціального больового синдрому. Медикаментозне лікування є дороговартісним та має певну побічну дію на організм.

Особливо актуальною проблемою для суспільства є той факт, що міофасціальний больовий синдром (МФБС) стає все більше притаманний людям працездатного віку: працівникам офісів, водіям авто, відвідувачам спортзалів. А саме ця категорія людей в сучасному ритмі життя вимагає ефективного і обов'язково швидкого вирішення всіх питань.

Застосування гідро процедури із зміною теплої та холодної температур допомагає досягнути швидкого зняття спазму в м'язових тканинах та фасціях, прискорити кровообіг, що сприяє усуненню застійних явищ. Масажна техніка «по типу аплікатора» має певні переваги перед іншими масажними техніками, оскільки дозволяє проникнути в глибші шари м'язів, та подразнює нервові закінчення. Саме ці фактори дають можливість максимально швидко досягнути бажаного результату.

Тому тема комплексного застосування контрастної гідро процедури та масажної техніки «по типу аплікатора» є актуальною та потребує більш глибокого наукового дослідження.

Мета статті – проаналізувати доцільність дії контрастної гідро процедури в комплексі з масажною технікою «по типу аплікатора» при міофасціальному больовому синдромі.

Аналіз наукових джерел. Дослідження проблеми спазму та хронічного болю в м'язах велися ще з кінця IX та на початку XX століття. Першим, хто звернув увагу на хворобливі м'язові тяжі, був німецький хірург R. Frorier (1834). Він назвав це явище м'язовою мозолею. В подальшому дослідниками пропонувались наступні визначення: «м'язовий ревматизм» (I. Adler, 1900), «фіброзит» (W.R. Covers, 1904), «міогелоз» (H. Schade 1919), «больовий дисфункціональний синдром» (L.L. Schwartz, 1954) [11]. В своїх дослідженнях вчені J.Travell та D.Simons (1984) дали визначення «міофасціальний больовий синдром», та «тригерна точка». Ними були запропоновані наступні

фізіотерапевтичні методи лікування міофасціального больового синдрому, як розслаблення, розтягнення та анестезія вражених м'язів [9]. В сучасній медицині також ведуться дослідження в області діагностики міофасціального больового синдрому, причин його виникнення та більш ефективних способів його лікування [6].

Вплив гідротерапевтичних процедур визнається науковцями як позитивний при наявності больового синдрому в м'язах та фасціях. В.С. Сухан описує дію тепла та холоду на тіло, що дозволяє досягнути розслаблюючого та знеболюючого ефекту [8]. Себастьян Кнейп (1821-1897), католицький німецький священик досліджував вплив холодних гідропроцедур на організм. Він винайшов водні холодні компреси та ввів в офіційну медицину поняття «кріотерапія» [2]. Механізм дії гідротерапевтичних процедур із зміною теплої та холодної температур, показання та протипоказання до їх застосування описані вченими В.Д Сиволап та В.Х. Каменським в навчальних посібниках [7]. Застосування різних видів масажу як одного із засобів фізичної реабілітації при міофасціальних порушеннях та больовому синдромі опорно-рухового апарату, широко досліджується науковцями та описана в медичній літературі [5]. Однак, згадані та інші вчені не акцентували свою увагу на комплексному застосуванні контрастних гідропроцедур та масажу, і недостатньо дослідили доцільність їх проведення при міофасціальному больовому синдромі як ефективного та доступного методу. Тому ця тема потребує подальшого та глибшого дослідження.

Виклад основного матеріалу дослідження. На сьогодні в науковому світі існує понад дев'яносто термінів, які обумовлені різним розумінням причин та патогенезу міофасціального болю. Шнури Міллера, міозит, локальний м'язовий гіпертонус, міалгія, фіброміалгія, міогілези Шаде, Ланге, фіброміозит, міофіброз [4]. Г.А. Іванічев дає визначення «Болюче м'язове потовщення» [3]. В.А. Карлов вважає найточнішим термін «больова м'язово-фасціальна дисфункція», оскільки він відображає факт наявності болю, його походження, та наслідок- порушення функції м'язів [3].

Міофасціальним больовим синдромом вважають стан м'язів певної ділянки тіла, яка характеризується спазмом, напруженням, та появою в них болісних потовщень, які можна відчутти на дотик. Це так звані тригерні точки. Ці ділянки м'язів характеризуються надмірною чутливістю та біллю, яка може розповсюджуватися в інші зони [10]. Щодо походження та патогенезу МФБС, вчені, остеопати, кінезіотерапевти мають різні погляди. Казанська школа неврологів дослідила, що біохімічною основою тригерних точок є надлишок кальцію при недостатності макроергічних сполук, що призводить до підвищення тону м'язових волокон і погіршення в них циркуляції крові [3]. Пальпація спазмованих ділянок, та натискання на тригерні точки викликає посилення болю.

Вважається, що міофасціальний больовий синдром має походження неverteброгенного характеру. Але він також може з'явитися по причині функціональних блоків в одних сегментах міжхребцевих суглобів, та гіпермобільності в інших. Це призводить до подразнення больових рецепторів і стає причиною вторинного рефлексорного спазму м'язів. Це знову спричиняє виникнення болю, що, в свою чергу, ще більше посилює спазм. Цей механізм перетворюється в свого роду замкнене коло :біль – м'язовий спазм-біль [1].

Існувала теорія, що потовщення в м'язах виникає в наслідок переходу білка, що міститься в м'язових волокнах у фазу гелю. Звідси з'явилась назва «міогелоз». Морфологічні дослідження спростували це припущення.

Ще однією із причин міофасціальних порушень вважають захворювання фасцій – сполучної тканини, яка обгортає м'язові волокна. При цьому фасція зменшується в розмірах, ущільнюється, затискаючи в собі м'яз, який з часом атрофується. Поступово обмінні процеси в м'язовій тканині порушуються і вона перероджується в жирову або сполучну.

Причинами виникнення міофасціального больового синдрому можуть бути: довготривале перебування у незручній позі; нерегулярна фізична активність, гіподинамія; порушення постави (сколіоз), фізичні або спортивні перенавантаження у осіб, які ведуть малорухливий спосіб життя; переохолодження; дегенеративно-дистрофічні зміни у хребті; рефлексорне напруження при патологіях внутрішніх органів; різкі рухи психічні фактори (хронічний стрес, тривожність).

В.А. Карлов визначає три фази перебігу МФБС:

I фаза – гостра. Характеризується постійним інтенсивним болем в місцях наявності тригерних точок.

II фаза – підгостра. Біль з'являється під час рухів і зникає в стані спокою.

III фаза – хронічна. Характеризується певною м'язовою дисфункцією та відчуттям дискомфорту у відповідній ділянці.

На даний час лікування МФБС має декілька напрямків: знеболення, розслаблення, розтягнення спазмованих м'язів [9]. Знеболення досягається застосуванням протизапальних нестероїдних препаратів, які призводять до звикання і рідко приносять очікуваний результат, а також мають певні побічні ефекти. При наявності певних умінь та навичок міалгічну точку руйнують механічним способом, завдяки ін'єкції анестетиків (новокаїн, лідокаїн), або проколюванням тригера стерильною голкою без наявності в ній ліків (метод «сухої голки») [6].

Розслаблення враженої ділянки м'язів досягається наданням спокою, та виключенням його з активної діяльності, та тривалого статичного перенапруження. Також застосовують розігрівачі гелі, мазі, теплі вологі компреси, ультразвукову терапію, інфрачервоне випромінювання. Проаналізувавши все вищесказане можна зробити висновок, що основні проблеми міофасціального больового синдрому це: «замкнене коло» посилення болю та спазму та застійні явища в м'язових тканинах та фасціях в результаті порушення кровообігу та обміну речовин.

Механізм дії та вплив на організм гідропроцедур із зміною теплої та холодної температур. В.С. Сухан стверджує, що залежно від температури водолікувальні процедури поділяють на холодні (нижча 25°C), прохолодні (25-32°C), теплі (36-39°C) і гарячі (понад 38°C). Водолікувальні процедури можуть бути загальними і місцевими. До загальних належать душ, обливання, обтирання, ванни; до місцевих – ручна, ножна, сидяча ванна, зрошення, грілка, компрес, тощо [8]. До процедур із зміною температур можна віднести: сауну в поєднанні із холодним басейном, укутування, контрастний душ, контрастні ванни. Тривалість та інтенсивність гідропроцедур (температура, ступінь

контактності), їх фізіологічної дії залежить від індивідуального стану хворого, цілей терапії, способу застосування [8].

Теплові процедури впливають на організм наступним чином: заспокоюють центральну нервову систему; розслаблюють, знімають м'язові спазми; розширюють судини; посилюють кровообіг; послаблюють біль, викликаний м'язовим спазмом; прискорюють обмінні процеси; сприяють виведенню токсинів; покращують еластичність м'язів, фасцій та зв'язок; сприяють збільшенню рухливості в суглобах та хребті.

Не дивлячись на великий спектр позитивної дії теплових гідропроцедур на організм в цілому, та при МФБС, застосовувати їх потрібно обережно, оскільки вони також мають ряд протипоказань, а саме: інфекційні захворювання, хвороби крові, кровотечі, онко захворювання, туберкульоз, біль в животі невідомого походження, тромбоз, гострі запальні процеси, підвищена температура тіла, пошкодження шкіри, алергічні та гнійні висипи, обмороження, свіжі травми, інфіковані рани тощо.

Вплив кріопроцедур на організм. Результат впливу холоду на організм залежить від декількох факторів: кількості та швидкості тепла яке втрачається, загальної реактивності організму, локальної реакції тканини на охолодження, тривалості дії тощо. Оскільки рецепторів, які реагують на холод, на шкірі в 8-10 разів більше, ніж теплових, і вони знаходяться ближче до поверхні тіла, холод може створювати потужний рефлекторний вплив на організм людини. При холододовому подразненні електричні імпульси від терморецепторів шкіри передаються в підкоркові центри теплорегуляції. Кровоносні судини звужуються, що є першою захисною реакцією на охолодження. При цьому тонус симпатичної нервової системи активується, що призводить в подальшому до розширення просвіту кровоносних судин та посилення теплопродукції в тканинах [2].

Добре відомий знеболюючий ефект кріотерапії, оскільки при застосуванні холоду знижується чутливість рецепторів шкіри, зменшується провідність нервових волокон. Також нормалізується збудливість нейронів спинного мозку, що в свою чергу посилює дію імунної системи [7]. При локальному застосуванні холод активує сегментарно-рефлекторні реакції, зменшує ознаки запалення, що важливо при лікуванні міофасціального синдрому. Протипоказання до застосування кріотерапії: захворювання периферичних судин (варикозна хвороба; хвороба Рейно), непереносимість холоду, серповидно-клітинна анемія, діти до п'яти років, вагітні.

Отже, поєднавши дію тепла і холоду на організм ми можемо досягнути наступних результатів при міофасціальному больовому синдромі: розслаблення спазмованих м'язів та фасцій, покращення еластичності м'язів, фасцій та зв'язок, збільшення рухливості в суглобах та хребті, покращення кровотоку та обмінних процесів в тканинах, знеболення спазмованих м'язів та тригерних точок, посилення активності імунної та ендокринної системи, зниження АТ, зняття набряку і зменшення запальних процесів в м'язових тканинах. Також почергова дія тепла та холоду на тканини викликає поперемінне звуження і розширення судин, що сприяє їх еластичності та зміцненню.

Механізм дії масажера-аплікатора, та його вплив на організм. Аплікатор – спеціальний голчастий масажний килимок, який може мати різну форму та розмір. На самому початку лікарі поставили до аплікаторів з недовірою. Проте багаторічний досвід їх використання продемонстрував феноменальні результати. Наразі переважна більшість медиків сприймають аплікатор як один із кращих засобів реабілітації в домашніх умовах та чудову альтернативу медикаментозному лікуванню. Саме тому на даний час асортимент аплікаторів значно розширився від простого килимка до устілок, поясів, масажних валиків, м'ячиків та подушок.

Як уже було підкреслено, МФБС може виникати на фоні дегенеративно-дистрофічних змін хребта, тобто носити неврологічний характер. Застосування масажера-аплікатора дозволяє ефективно подолати цю проблему, адже його голки подразнюють нервові закінчення пацієнта та активізують їх роботу. Також, як відзначалося вище, активні тригерні точки руйнуються за допомогою проколювання їх голкою [6], отже застосування масажера-аплікатора допоможе отримати позитивний результат при наявності даної патології. Протипоказами до застосування масажера-аплікатора можуть бути: схильність до кровотеч, підвищена температура тіла, дерматити (в т.ч. алергічні), доброякісні новоутворення (папіломи, бородавки і т.д.), епілепсія, тромбоз, легенева та серцева недостатність, інфекційні хвороби, онкологічні захворювання, хронічний алкоголізм.

Таким чином, враховуючи здатність масажера-аплікатора подразнювати нервові закінчення, впливати на тригерні точки, ефективно розслабляти спазмовані ділянки м'язових тканин, ми можемо активно застосовувати його при лікуванні міофасціального больового синдрому.

Опис застосування контрастної гідро процедури та масажної техніки «по типу аплікатора». В умовах масажного кабінету ми застосуємо локальну контрастну процедуру, а саме гарячий паровий компрес і розтирання льодом. Кандидат медичних наук В.С. Сухан дає наступне визначення: «Компрес – спеціальна пов'язка, змочена різними розчинами. Він може бути гарячим, холодним, зігрівальним і медикаментозним». Необхідні матеріали: масажний стіл або медична кушетка; простирadlo; мікрохвильова піч; ємкість для води; махровий рушник середнього розміру – 2 шт; припарки (25*40см) – 4 шт; відріз шерстяної тканини (70*50 см) – 2 шт; прорезинена пелюшка; поліетиленовий пакет; одноразовий стаканчик з льодом; рукавичка; масажер-аплікатор

Кладемо пацієнта на масажний стіл або медичну кушетку застелену простирadлом. На спину (зону грудного відділу) кладемо махровий рушник. Заздалегідь мочимо дві припарки (фланелева тканина складена в декілька шарів, розміром 25*40 см) віджимаємо воду і кладемо їх у поліетиленовий пакет. Витиснувши повітря, щільно закриваємо пакет з припарками і кладемо їх у мікрохвильову піч на 5 хв. Одягнувши рукавичку, обережно дістаємо припарки і швидко обгортаємо їх відрізом шерстяної тканини. Кладемо паровий компрес на спину пацієнта (на рушник) на 3 хв. Зверху накладаємо прорезинену пелюшку, щоб уповільнити вистигання компресу. Поки відбувається перше прогрівання, аналогічно готуємо другу припарку.

Діставши із мікрохвильової печі другу припарку, знімаємо із спини пацієнта першу, також рушник і швидко розтираємо розігріту ділянку шкіри звільненим від одноразового стаканчика шматком льоду протягом 5-10 секунд.

Після чого знову кладемо на тіло рушник, а поверх рушника розкладаємо іншу припарку. Попередню припарку ще раз прогріваємо продовж 2-3 хв. В подальшому, коли тіло пацієнта достатньо прогріте, можна скоротити час накладання компресу до 2 хв. Таким чином робимо 5-6 змін температур. Закінчуємо холодним розтиранням. В процесі проведення гідро процедури постійно цікавимося станом пацієнта. Після двох-трьох змін компресу, рушник на спині людини стає вологим, тому краще замінити його на сухий, щоб пацієнт не отримав опіків.

Паровий компрес має приємно прогрівати але не пекти шкіру. Не слід також допускати його надмірного охолодження, оскільки при цьому втрачається ефект процедури. Дана гідро процедура проводиться в досить швидкому темпі. Після 5-6 підходів, витираємо задіяну ділянку тіла пацієнта насухо і відразу звершуємо масаж м'ячиком-аплікатором. Робимо це наступним чином: м'ячик притискаємо долонею до тіла надавши йому легкої деформації; і спіралевидними рухами проминаємо паравертебральні м'язи, трапецевидні, обробляємо зону навколо лопаток і саму поверхню лопаток, так повторюємо 2-3 рази. Інтенсивність масажу залежить від самопочуття пацієнта, його статуту, віку, індивідуальних особливостей. В загальному тривалість процедури сягає 25-30 хв. Після її завершення, пацієнта накрити і дати відпочити 15-20 хвилин. При відсутності протипоказань, дану процедуру можна застосовувати в зоні сідниць і кульшових суглобів. Ефективність процедури полягає в тому, що для досягнення результату (зняття м'язового спазму і усунення больового синдрому) достатньо 3-5 процедур.

Висновки. Підбиваючи підсумки даного дослідження, можна з впевненістю зауважити, що комплексне застосування контрастної гідро процедури і масажної техніки «по типу аплікатора» є ефективною у вирішенні проблеми міофасціального больового синдрому. Переваги даного методу полягають в тому, що він не має побічних ефектів на відміну від медикаментозних методів лікування, не є матеріально затратним, доступний для застосування в домашніх умовах, дає швидкий результат. Поєднання тепла, холоду та дії масажера-аплікатора створює потужний вплив на організм пацієнта вирішуючи питання МФБС в трьох напрямках: розслаблення м'язів та фасцій, усунення активних тригерних точок, полегшення проблем неврологічного характеру (оніміння, зниження чутливості). Описана процедура сприяє посиленню кровотоку, лімфотоку, обміну речовин; знеболює, знімає запалення, набряк, м'язовий спазм; активує імунну систему, позитивно впливає на стан судин та нервову систему в цілому. Звісно, запропонований метод має свої протипоказання, та не вирішує проблему МФБС на 100%, але перераховані переваги вказують на те, що його застосування є доцільним, та потребує подальшого дослідження і обґрунтування.

Література

1. Вознесенская Т. Г. Боли в спине, взгляд невролога. URL: http://proatlant.ru/f/boli_v_spine_vzglyad_nevrologa.pdf (дата звернення: 07.12.2021).
2. Горбунова Н. И., Тибекина Л. М. Криотерапия в лечении больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника. Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. 2018. Т. 13, № 1. С. 58–71. URL: <https://doi.org/10.21638/11701/spbu11.2018.106> (дата звернення: 13.12.2021).
3. Міофасціальний больовий синдром - деякі аспекти діагностики та лікування / С. С. Пшик та ін. Львівський клінічний вісник. 2013. № 3. С. 52–56.
4. Осіпов В. М. До питань фізичної реабілітації при МФБС. Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту. Львів, 2007. С. 264–268.
5. Підкопай Д. О., Горячий Е. В. Лікувальний масаж : підручник. Харків : Колегіум, 2021. 400 с.
6. Редьковець Т. Г., Шевчук Ю. В. Використання технік мобілізації шийного відділу хребта за Маліганом у комплексній фізичній терапії міофасціального больового синдрому. Педагогічні науки. 2018. № 140. С. 170–179.
7. Сиволап В. Д., Каменський В. Х. Підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів. Запоріжжя : ЗДМУ, 2014. 196 с.
8. Сухан В. С. Гідротерапія, методичні рекомендації. Ужгород : ФОРМ БРЕЗА А.Е., 2012. 44 с. URL: <https://www.uzhnu.edu.ua/uk/infocentre/get/2667> (дата звернення: 14.12.2021).
9. Трэвел Д., Симонс Д. Миофасциальные боли и дисфункции: руководство по триггерным точкам. В 2т. 2-ге вид. Москва : Медицина, 2005.
10. Шимарова О. В., Малаховский В. В., Зилов В. Г. Патофизиологическое обоснование комплексного подхода к реабилитации пациентов с миофасциальным болевым синдромом области шеи. Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. 2020. Т. 2, № 1. С. 66–70.
11. Широков В. А. Миофасциальный болевой синдром: проблемы диагностики и лечения. Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и здоровья рабочих предприятий. 2017. № 21. С. 22–28.

Reference

1. Voznesenskaya, T. G. (b. d.). Boli v spine, vzglyad nevrologa. http://proatlant.ru/f/boli_v_spine_vzglyad_nevrologa.pdf (in Russian)
2. Gorbunova, N. I., & Tibekina, L. M. (2018). Krioterapiya v lechenii bol'nyh s degenerativno-distroficheskimi zabolevaniyami pozvonochnika. Vestnik Sank-Peterburgskogo universiteta. Medicina, 13(1), 58–71. <https://doi.org/10.21638/11701/spbu11.2018.106> (in Russian)
3. Pshyk, S. S., Bozhenko, N. L., Pshyk, R. S., & Bozhenko, I. M. (2013). Miofastsial'nyy bol'ovyy syndrom - deyaki aspekty diagnostyky ta likuvannya. L'vivs'kyi klinichnyy visnyk, (3), 52–56. (in Ukrainian)
4. Osipov, V. M. (2007). Do pytan' fizychnoyi reabilitatsiyi pry MFBS. Moloda sportyvna nauka Ukrayiny : zb. nauk. pr. z haluzi fiz. kul'tury ta sportu (p. 264–268). (in Ukrainian)
5. Pidkopay, D. O., & Haryachyy, Ye. V. (2021). Likuval'nyy masazh. Kolehium. (in Ukrainian)
6. Red'kovets', T. H., & Shevchuk, Yu. V. (2018). Vykorystannya tehnik mobilizatsiyi shynnoho viddilu khrebta za Malihanom u kompleksniy fizychniy terapiyi miofastsial'noho bol'ovoho syndromu. Pedahohichni nauky, (140), 170–179. (in

Ukrainian)

7. Syvolap, V. D., & Kamens'kyi, V. Kh. (2014). Pidruchnyk dlya studentiv vyshchyykh medychnykh navchal'nykh zakladiv. ZDMU. (in Ukrainian)

8. Sukhan, V. S. (2012). Hidroterapiya, metodychni rekomendatsiyi. FOP Breza A.E. <https://www.uzhnu.edu.ua/uk/infocentre/get/2667> (in Ukrainian)

9. Trevel, D., & Simons, D. (2005). Miofascial'nye boli i disfunkcii: rukovodstvo po trigernym tochkam. V 2t. (2-gе vid.). Medicina. (in Russian)

10. SHimarova, O. V., Malahovskij, V. V., & Zilov, V. G. (2020). Patofiziologicheskoe obosnovanie kompleksnogo podhoda k reabilitacii pacientov s miofascial'nym boleвым sindromom oblasti shei. Fizicheskaya i reabilitacionnaya medicina, medicinskaya reabilitaciya, 2(1), 66–70. (in Russian)

11. SHirokov, V. A. (2017). Miofascial'nyj bolevoj sindrom: problemy diagnostiki i lecheniya. Ekaterinburgskij medicinskij nauchnyj centr profilaktiki i zdorov'ya rabochih predpriyatij, (21), 22–28. (in Russian)

DOI 10.31392/NPU-nc.series15.2022.3(148).18

УДК: [378.147:613]:378.4(477.63-21)

Марчик В.І.

кандидат біологічних наук, доц., доцент

Кучерган Є.В.

кандидат педагогічних наук, ст.викладач

Криворізький державний педагогічний університет, м. Кривий Ріг

ХРОНОЛОГІЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ОСВІТНІЙ ПРОЦЕС КДПУ

Система здоров'язберезувальної роботи навчального закладу почала формуватися в 1930 році з утворенням інституту професійного навчання. У 1933 році була організована військова кафедра, викладачі якої впроваджували фізичне виховання студентів. У 1955 році була створена на професійній основі кафедра фізичного виховання, яка пропагувала нові форми оздоровчої роботи. Серед здоров'язберігаючих дисциплін, як навчальна дисципліна була введена "Валеологія" до навчальних планів на початку 90-х рр., як окремі курси: "Основи валеології", "Основи здоров'я та фізична культура". В робочі навчальні плани педагогічного закладу вищої освіти з 1995 р. було введено навчальні дисципліни "Цивільна оборона" та "Безпека життєдіяльності". У 2017 році в КДПУ здійснено ліцензування підготовки фахівців першого (бакалаврського) рівня зі спеціальності 014 Середня освіта (Фізична культура) зі спеціалізацією спортивний туризм.

Дослідження впровадження здоров'язберезувальних технологій в освітній процес Криворізького державного педагогічного університету з 1930 року і по теперішній час за сучасними і архівними документами визначило їх відповідність програмно-нормативним та організаційним засадам державної освітньої політики збереження здоров'я.

Ключові слова: здоров'язберезувальні технології, освітній процес, заклад вищої освіти.

Marchyk V., Kucherhan Y. Chronology of the introduction of health-saving technologies in the educational process of KDPU. The system of health-preserving work of the educational institution began to be formed in 1930 with the establishment of the institute of professional training. In 1933, a military department was organized, whose teachers introduced physical education for students. In 1955, the Department of Physical Education was established on a professional basis with five teachers who promoted new forms of health and sports and mass work. According to the results of 1990, 98% of employees and students took the course "Civil Defense" at the Kryvyi Rih Pedagogical Institute. In 1992, the Department of Fundamentals of Medical Knowledge made the last graduation of students majoring in "Medical Training". Among the health disciplines, Valeology was introduced into the curriculum in the early 1990s as separate courses: Fundamentals of Valeology, Fundamentals of Health and Physical Education.

According to the Charter of the Red Cross Society of Ukraine, the primary organization of the Red Cross Society was established in 2003 at the Kryvyi Rih State Pedagogical Institute. A "Center for Health and Preservation" was established in 2003 on the basis of the valeology section. In 2005, in-service teacher training courses were organized.

Since 1995, the disciplines "Civil Defense" and "Life Safety" have been introduced into the working curricula of the pedagogical institution of higher education. In 2004, an additional specialization "Physical Culture" was introduced in the training of specialists in the specialty "Primary Education" at the bachelor's and master's levels.

In the coming years, the section "Valeology" coordinates the work of departments of faculties, other structural units of the educational institution on the formation of students and employees of the institute needs a healthy lifestyle, conducts explanatory and preventive measures provided by the comprehensive program for 2011-2015. In 2017, the Kyiv State Pedagogical University licensed the training of specialists of the first (bachelor's) level in the specialty 014 Secondary Education (Physical Culture) specializing in sports tourism.

The study of the introduction of health-preserving technologies in the educational process of Kryvyi Rih State Pedagogical University since 1930 and to the present according to modern and archival documents has determined their compliance with program-normative and organizational principles of state educational policy.

Key words: health technologies, educational process, higher education institution.