виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : збірник наукових праць. 2012. № 3 (19). С. 276–279.

2. Глиняна О. О., Копочинська Ю. В. Основи кінезіотейпування: навчальний посібник. – Київ: КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2018. 125 с.

3. Лазарев И. А. Кинезотерапия на наклонной плоскости при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника. Укр. мед. часоп. 2002. № 2. С. 11–16.

4. Левит К., Захсе Й., Янда В. Мануальная медицина. Москва: Медицина, 1993. 510 с.

5. Пашков О. Є., Фіщенко О. О., Перепечай Я. В. Досвід консервативного лікування хворих із протрузіями та грижами міжхребцевих дисків у поєднанні із нестабільністю поперекового відділу хребта. Український медичний альманах. 2014. Т. 17, № 3. С. 132–136.

6. Попелянский Я. Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология). Москва: Медпресс-информ, 2003. 672 с.

7. Стецяк П. М., Копочинська Ю. В., Глиняна О. О. Кінезіотейпування у фізичній терапії хворих з міжхребцевими грижами поперекового відділу хребта. Молодий вчений. 2018. №8(60). С. 247–249.

Коваленко Т.М.
Звіряка О. О.

Kovalenko T.M.
Zviriaka O. O.

PHYSICAL THERAPY OF CHILDREN PATIENT WITH BRONCHIAL ASTHMA

The work is devoted to the study of efficiency of the program of physical therapy is undertaken for children 8–11 patients with bronchial asthma on the stationary and ambulatory stages of treatment. It is set that combinations of facilities of rehabilitation allowed to decrease duration of base фармакотерапії and increase to duration of remission of illness in two times by comparison to a weekend given.

Key words: physical therapy, bronchial asthma, curative gymnastics, children.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Проведено дослідження ефективності програми фізичної терапії для дітей 8–11 років хворих на бронхіальну астму на стаціонарному та амбулаторному етапах лікування. Встановлено, що поєднання засобів реабілітації дозволили зменшити тривалість базисної фармакотерапії та збільшити тривалості ремісії хвороби в два рази порівняно із вихідними даними.

Ключові слова: фізична терапія, бронхіальна астма, лікувальна гімнастика, діти.

Постановка проблеми. Алергічна патологія зростає з кожним роком і за останні роки набула пандемічних масштабів [1, 2, 3, 4, 5]. Погрозливою залишається ситуація з захворюваністю на бронхіальну астму (БА) у дітей. Так, за даними епідеміологічних досліджень за системою ISAAC поширеність БА серед дитячого населення коливається в межах 5–10 % [11, 12]. Це свідчить про існуючу проблему

ранньої діагностики даних захворювань та недосконалість існуючих методів виявлення.

Враховуючи, що у 80 % дітей з БА реєструється АР (алергічний риніт), а у 40% з АР формується БА. Тому серед науковців всього світу обговорюється так звана "теорія єдиних дихальних шляхів", де АР вважається важливим фактором ризику формування БА [6]. Крім того, наявність супутнього АР у дітей суттєво впливає на тяжкість перебігу БА, рівень її контролю та значно погіршує якість життя хворих [7, 8, 9, 13].

Бронхіальна астма залишається одним з найпоширеніших хронічних респіраторних захворювань дитячого віку. Незважаючи на створення спеціальних програм ВОЗ, численні фундаментальні дослідження механізмів патогенезу, розробку нових селективних та високо-очищених лікарських препаратів численність захворюваності на БА не зменшується. Особливу значимість проблеми надає положення, згідно якого рецидивуючі хвороби органів дихання у дітей є початком хронічної бронхолегеневої патології дорослого періоду життя.

Мета дослідження – обґрунтувати та розробити програму фізичної терапії для дітей хворих на бронхіальну астму.

Об'єкт дослідження – процес фізичної терапії дітей хворих на бронхіальну астму.

Предмет дослідження – структура і зміст програми фізичної терапії для дітей 8–11 років хворих на бронхіальну астму на стаціонарному та амбулаторному етапах лікування.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати науково-методичну літературу та визначити роль методів і засобів комплексної фізичної терапії хворих на бронхіальну астму.
2. Розробити програму фізичної терапії для дітей хворих на бронхіальну астму та проаналізувати її ефективність використання.

Методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури; педагогічні методи (педагогічний експеримент); катамнестичний аналіз; методи інструментальних досліджень (функція зовнішнього дихання; методи математичної статистики.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Бронхіальна астма – хронічне запальне захворювання дихальних шляхів, у розвитку якого бере участь велика кількість клітин, причому особливу роль відіграють тучні клітини, еозинофільні й нейтрофільні лейкоцити, Т-лімфоцити й епітеліальні клітини [3].

Бронхіальну астму визначають також як мультифакторіальне захворювання, що виникає при поєднанні дії екзогенних та генетичних факторів. Відсутність своєчасного і адекватного відновного лікування веде до виникнення незворотних функціональних змін. З позиції клінічної генетики астма, як і інша алергічна патологія розглядається як захворювання зі спадковою схильністю. Тому вважається, що наявність у дитини родинної схильності до алергічних реакцій і захворювань є головним фактором ризику виникнення бронхіальної астми.

Досвід використання різноманітних методів та засобів реабілітації у відновлювальному лікуванні хворих дітей з БА є достатньо великим. Відновні заходи для хворих з даною патологією включають широкий діапазон методів: лікувальна гімнастика, масаж, рефлексотерапія, фізіотерапія тощо. Чисельні дослідження останніх років присвячені оцінці факторів ризику бронхіальної астми стверджують, що в ранньому віці дитини виникненню захворювання сприяють тригерні стимули:

змішане та штучне вигодовування, інфекційні хвороби, гельмінти, наявність у батьків атопії або алергічних захворювань[5, 10].

Проте, не зважаючи на велику кількість існуючих методик реабілітації хворих на БА проблема залишається в центрі уваги сучасної пульмонології. При цьому у літературі недостатньо фізіотерапевтичних досліджень, які дозволили б з достатньою повнотою обґрунтувати систему організації фізичної терапії. Організація відновного лікування БА у дітей залишається нажаль на середньому рівні і вимагає якісного поліпшення і реорганізації. Тому необхідні дієві заходи з пошуку шляхів вдосконалення реабілітації дітей.

У лікувально-профілактичному процесі створені оптимальні умови відновлення здоров’я пульмонологічно хворих дітей, але існує проблема недиференційованого підходу до окремих нозологічних груп, недостатність засобів фізичної терапії (ФТ), які застосовуються, низька компетентність батьків щодо профілактики та підтримки організму дитини у стані ремісії.

Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів. На підставі аналізу сучасної літератури були вивчені найбільш ефективні методи реабілітації хворих дітей на БА та розроблена програма фізичної терапії, яка включала: ранкову гігієнічну гімнастику (РГГ); рухливі ігри; лікувальну гімнастику (ЛГ); лікувальний масаж. На основі механізмів розвитку хвороби та відповідно до основних методологічних положень про відновлення легенево-бронхіальної системи в умовах стаціонару терапія відбувалася в три етапи: приступ, після приступ та між приступ. РГГ тривала 10–15 хвилин та включала 1 2 – 1 5 вправ, де використовували комплекси циклічних вправ. Співвідношення дихальних і загально-розвиваючих вправ 1:2. Дихальні вправи в комплексі з ЛГ проявляли не тільки тренувальну дію, але й дозволяли вирішувати ряд інших завдань, пов'язаних з поліпшенням дренажної функції бронхів, ліквідацією бронхоспазму, посиленням газообміну, зняттям напруги з дихальних м'язів і регуляцією їх сумісної роботи, рівномірною вентиляцією легенів, збільшенням їхньої розтяжності, запобіганням раннього експіраторного закриття дихальних шляхів і формуванням правильного стереотипу дихання. За рахунок комбінації різних вправ і введення нових вправ досягався ефект новизни.

При побудові занять з хворими на БА дотримувалися визначеної послідовності призначення фізичних тренувань, вони складалися з трьох частин: вступної, основної і заключної. У першій частині хворих навчали вольовому керуванню своїм диханням, регулюванню тривалості вдиху та видиху, правильної поведінки і вправам при наближенні нападу задишки і під час них.

Застосовували РГГ і ЛГ, самостійні заняття індивідуально та в малих групах. В комплекси ЛГ включали дихальні і загально-розвиваючі вправи, вправи на розслаблення з вихідних положень лежачи, сидячи і стоячи. Комплекс ЛГ тривалістю до 30 хв., які виконувались у повільному або середньому темпі. Постійно акцентували увагу хворих на подовження видиху підсилення його додатковими рухами. У вступній частині проводили розминку перед виконанням навантаження основної частини. Основна частина займала 50 %–70 % загального часу занять. У заключній частині поступово знижували фізичне навантаження. Заняття фізичними вправами проводили не раніше, ніж через 2–3 години після останнього прийому їжі, в інтервалі з 10 до 14 годин.

При фізичні терапії дітей хворих на БА широко застосовувався лікувальний масаж, що дозволив зняти відчуття стомлення допоміжної дихальної мускулатури,

поліпшив крово- і лімфообіг, стимулював відходження харкотиння й усунув спазм дихальної мускулатури. Застосовувався сегментарно-рефлекторний масаж паравертебральних зон поперекових, верхньогрудних та середньошийних сегментів і класичний масаж. Масаж грудної клітки, спини, надпліччя, непрямий масаж легень, серця, діафрагми. Використовували погладжування, розтирання, розминання, вібрацію, стискування та стрясання грудної клітки. Масаж застосовувався в кінці заняття лікувальною гімнастикою у комплексі засобів попередження та зняття астматичного нападу.

Загальний масаж проводили у положенні дитини лежачи та сидячи. Масажували литкові м'язи, стопи, грудну клітину, грудино-ключично-сосцеподібний м'яз, надлопаткові й міжлопаткові ділянки. Тривалість процедури 10–15 хвилин, курс лікування – 10 процедур через день.

При загальному масажі ритмічне натиснення й не переривчаста вібрація долонею над легеневими полями позаду й попереду відновлювали рухливість грудної клітки й активізували кровообіг у легенях. При тривалих нападах ядухи після масажу робили гарячі обгортання грудної клітки, у міжприступном періоді виконували 2–3 рази в день повне і ритмічне дихання, дихальну гімнастику. У дні, вільні від масажу, через 3–4 години після масажу проводилась лікувальна фізкультура.

Основним завданням дихальної гімнастики був процес навчання повільному виконанню всіх фаз дихання з поступовим його поглибленням . Подібне виконання дихальних вправ сприяє збільшенню споживання кисню із повітря, що вдихається. Дихальна гімнастика виконувалась з метою профілактики бронхолегеневих ускладнень. Всі дихальні вправи проводили під контролем ЧСС.

Визначальною метою основного стаціонарного періоду фізичної терапії була корекція клінічного прояву хвороби у кожної досліджуваної підгрупи і, як наслідок, формування нормального рухового стереотипу, враховуючи стан дихальної системи, стимулювання хворих дітей до самостійних занять фізичними вправами вдома. У зв'язку з поставленою метою вирішували завдання:

1. Навчання хворих руховим діям в разі приступу ядухи з різною амплітудою, напрямом руху, обтяженням.

2. Закріплення рухових вмінь на рівні рухової навички, формування його змістовної та координаційної основи.

3. Стабілізація стану дихальної системи.

Задля збереження режиму рухової активності в домашніх умовах при виписці із стаціонару батькам надавали рекомендації щодо продовження реабілітації хворих дітей на БА, цей етап реабілітації потребував від батьків свідомого виконання рекомендацій реабілітолога. Метою самостійного тренування у домашніх умовах є стабільність щодо проявів захворювання та профілактика можливих ускладнень. Варіативність приступів у дітей залежала від навчання нормальному і свідомому руховому стереотипу і режиму, удосконалювала набуті навички в стаціонарі. У зв'язку з поставленою метою вирішувались наступні завдання:

1. Перехід до самостійних занять фізичними вправами, його подальше координаційне вдосконалення.

2. Забезпечення правильного виконання дихальної гімнастики та лікувальної гімнастики (цілеспрямовані рухи верхніх кінцівок та діафрагми).

3. Стабілізація стійкої мотивації до процесу одужання; психологічна адаптації дитини до свідомого процесу фізичної терапії.

У цьому домашньому періоді діти виконували рухові дії відповідно до запропонованих комплексів вправ: сидячи, стоячи, лежачи, а також дихальні вправи. Рекомендований час заняття дома складав 30 – 40 хвилин. Тривалість періоду реабілітації продовжувалась до повного одужання. Використані методи рухової активності і дотримання добового режиму, дієтотерапія, загартування були спрямовані на профілактику та лікування цього захворювання.

З метою вивчення функціональної ефективності розробленої програми фізичної терапії у роботі брали участь діти з легким / середньо-тяжким перебігом хвороби віком 8–11 років з атопічною формою БА. Ці діти розподілені на основну та групу порівняння. Основна група (20 дітей) отримувала на основі базисної терапії розроблену програму фізичної терапії. Діти групи порівняння (19 дітей) отримували фізичну терапію в межах лікувального закладу.

Критеріями ефективності проведеного лікування були: клінічний перебіг захворювання відповідно критеріям контролю (наявність денних та нічних симптомів кашлю, нападів ядухи чи утрудненого дихання, потреба у бронхолітичній терапії), функціональний стан функції зовнішнього дихання (ФЗД); катамнестичні дані через 5 місяців після виписки із стаціонару. Термін моніторингового спостереження складав 13 місяців з вересня 2018 року по жовтень 2019 року, включно.

Проведеними дослідженнями встановлено, що ФТ позитивно впливає на клінічний перебіг БА (табл. 1).

Таблиця 1

Динаміка клінічних симптомів БА у обстежених дітей в залежності від проведеної терапії (у балах)

Показник, % від належного	Значення показника в групах дітей (n) до та після ФТ							
	основна група, (n=20)				порівняльна група, (n=19)			
	до		після		до		після	
	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S
Денні симптоми	1,19	0,06	0,30*	0,02	1,18	0,01	0,90	0,01
Нічні симптоми	1,08	0,03	0,40*	0,04	1,02	0,01	0,8	0,01
Загальна кількість днів з симптомами, %	68,9 (45,0–83,0)		34,5 (15,4–42,8)*		66,8 (44,0–82,0)		45,6 (24,6–65,5)	

Примітка.* Різниця між показниками дітей основної групи до та після ФТ достовірна, ($p < 0,05$).

Із таблиці 1, видно, що зменшення денних та нічних симптомів БА у обстежених дітей спостерігалось в обох групах, однак вірогідно вони відрізнялися лише у дітей основної групи, які отримували додатково до лікування запропоновану програму ФТ. У дітей основної групи спостерігались денні симптоми лише на фоні гострих респіраторних інфекцій, а нічне пробудження під час їх тяжкого перебігу.

При дослідженні ФЗД у дітей основної та групи порівняння не встановлено суттєвих розбіжностей у показниках прохідності бронхів. В таблиці 2 представлені основні спірометричні показники обстежених дітей в залежності від проведеного комплексу фізичної терапії.

Таблиця 2

Динаміка показників ФЗД у дітей з атопічною бронхіальною астмою на тлі проведеного комплексу фізичної терапії

Показник ФЗД	Значення показника в групах дітей до та після ФТ							
	основна група, (n=20)				порівняльна група, (n=19)			
	до		після		до		після	
	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S
FVC	88,1	1,1	108,6	1,5	87,9	1,2	97,8	1,2
FEV1	86,2	1,7	110,5	1,6	85,9	1,5	101,4	1,3
FEV1%VC	87,4	1,4	100,9	1,5	87,5	1,3	100,8	1,3
PEF	77,5	1,6	106,3	1,7	77,8	1,5	93,9	1,6
MEF50	78,1	1,7	105,2	1,5	77,9	1,8	91,1	1,6
MEF25	84,7	1,9	103,3	1,6	83,9	1,8	95,7	1,9
MEF 75	83,6	6,90	93,75	4,18	91,75	4,38	97,4	6,4
PEF л/хв.	433,1	27,9	550,0*	10,2	432,9	26,9	438,6	22,6

Примітка. – * Різниця між показниками дітей основної групи до і після ФТ достовірна, ($p<0,05$).

Із таблиці 2, видно, що у дітей як основної, так і групи порівняння спостерігалася позитивна динаміка швидкісних спірометричних показників, але більш виражена у групі дітей, які отримували запропонований комплекс фізичної терапії. Так, у 12 (57,1 %) дітей основної групи реєструвалися стійкі нормальні, як об'ємні, так і швидкісні показники ФЗД, що відповідало стійкій клініко-функціональній ремісії при відсутності необхідності у фармакотерапії наприкінці спостереження.

Таким чином, проведені дослідження свідчать, що у дітей на тлі розробленої програми фізичної терапії вже через 5 місяців відбувається позитивна динаміка перебігу захворювання, що проявляється у ймовірному зменшенні денних та нічних симптомів захворювання, потребі у бронхолітичній терапії. Відповідно до покращення клінічного перебігу захворювання на тлі впровадженої програми ФТ відмічається збереження нормальних показників ФЗД, зменшується активність запального процесу дихальних шляхів. Це свідчить про неспецифічний протизапальний ефект, який посилюється завдяки комплексу ФТ.

Критеріями ефективності впровадженої комплексної програми фізичної терапії у обстежених дітей були: динаміка рівня контролю та зменшення тяжкості перебігу БА згідно стандартних критеріїв їх оцінки, покращення показників ФЗД, зменшення та запальних змін дихальних шляхів, а також частота ГРІ та загострень захворювання.

Оцінка визначення ефективності розробленої програми ФТ проводилася через 5 місяців після виписки із стаціонару за системою: «значне покращення», «покращення», «без покращення», «погіршення» (таблиця 3).

Таблиця 3

Показники ефективності застосування програми фізичної терапії у дітей з БА через 5 місяців спостереження (абс.ч (%))

Показник	Кількість хворих дітей (n) в группах	
	основна група, (n=20)	група порівняння, (n=19)
Значне покращення	5 (23,8)	3 (16,7)
Покращення	13 (61,9)	7 (38,9)
Без покращення	3 (14,3)	6 (33,3)
Погіршення	-	2 (11,1)

Під «значним покращенням» вважали таку ефективність реабілітації, при якій в катамнезі відмічався повний рівень контролю через 5 місяців після проведеного лікування і фізичної терапії з відсутністю загострень БА, епізодичні ГРІ верхніх дихальних шляхів, нормалізація показників функції зовнішнього дихання.

«Покращення» – покращення рівню контролю БА, збільшення тривалості ремісії, зменшення частоти ГРІ, покращення функціональних показників ФЗД.

«Без покращення» – відсутність суттєвих змін в перебігу захворювання та в показниках клініко-функціонального стану.

«Погіршення» – погіршення рівню контролю БА протягом 5 місяців спостереження, збільшення кількості ГРІ, погіршення показників клініко-функціонального стану.

Проведений аналіз ефективності впровадженої програми ФТ та свідоме використання запропонованих рекомендацій дома, згідно наведених критеріїв показав, що комплексний підхід до призначення ФТ дітям основної групи зумовили більш виражений вплив на перебіг БА даної групи дітей.

Так, позитивний ефект відмічено у 85,7 % дітей основної групи і лише у 55,6 % дітей порівняльної групи. Серед дітей, у яких було досягнуто позитивну динаміку клініко-функціонального стану переважали діти з легким/середньо-тяжким перебігом БА (82,8 %, $p<0,05$). Слід зазначити, що у дітей із «значним покращенням» в основній групі тривалість ремісії спостерігалася протягом 5 місяців на фоні відміни базисних антиастматичних препаратів у дітей з легким/середньо тяжким перебігом захворювання, які систематично займалися лікувальною і дихальною гімнастиками.

Слід відмітити для досягнення ефекту «покращення», тривалість базисної терапії у дітей порівняльної групи складала від 8 до 12 місяців на рік. У дітей основної групи, яким призначалися рекомендовані систематичні заняття з батьками, тривалість базисної терапії складала від 3 до 6 місяців на рік, що в два рази менше ніж у дітей порівняльної групи.

У 14,3 % дітей основної групи та у 33,3 % дітей порівняльної групи спостерігався ефект «без покращення», за рахунок низького виконання комплексної фізичної терапії дома, щодо дітей основної групи. Ефект «погіршення» спостерігався – лише у 11,1 % дітей порівняльної групи. Аналізуючи відсутність покращення та погіршення в перебігу БА у даної категорії дітей слід відмітити, що це були діти підліткового віку. Юнацький максималізм та негативізм характерний для даного віку сприяв відверненню від спостереження та профілактики, шкідливим звичкам, що знижувало прихильність до процесу реабілітації і як наслідок низького контролю БА.

Згідно з проведеними катамнестичними дослідженнями через 5 місяців під впливом рекомендованих інструкцій батькам щодо самостійних занять вдома на 42,5 % збільшилася кількість дітей основної групи з контрольованим перебігом БА і відсутністю симптомів притаманних захворюванню, а у дітей групи порівняння – лише на 10,0 %.

Висновки. Розроблено програму фізичної терапії для дітей 8–11 років, хворих на бронхіальну астму, на стаціонарному та амбулаторному етапах лікування, яка складалася із лікувальної гімнастики, масажу, рухливих ігор і самостійних занять вдома. Доведено, що завдяки поєднанню фізичної терапії на стаціонарному лікуванні та самостійному щоденному тренуванню вдома вдалося підвищити ефективність лікувально-профілактичних заходів у даної категорії дітей: збільшення на 42,9 % кількості дітей основної групи з контрольованим перебігом захворювання проти 9,5 % – порівняльної групи, $p < 0,05$); зменшення тривалості базисної фармакотерапії та збільшенням тривалості ремісії хвороби в два рази.

Перспективи подальших наукових досліджень, полягає у розробці програми фізичної терапії на санаторно-курортному етапі лікування дітей із бронхіальною астмою.

Список використаної літератури

1. Аллергология и иммунология. Клинические рекомендации для педиатров. М: Союз педиатров России; 2008. 248.
2. Балаболкин И. И. Актуальные проблемы аллергологии детского возраста на современном этапе [Текст]. Педиатрия. 2012; 3: 69–75.
3. Вороненко Ю.В., Кузнецова Л.В., Пухлік Б.М. та ін. Алергологія: підручник, 2008. 366.
4. Вишнева Е.А., Намазова-Баранова Л.С., Алексеева А.А., Эфендиева К.Е., Левина Ю.Г. Детская астма: ключевые принципы достижения контроля на современном этапе. Педиатрическая фармакология. 2013; 10: 60–72.
5. Геппе Н.А., Снегоцкая М. Н., Конопелько О. Ю. Новое в профилактике и терапии сезонных аллергических ринитов у детей. Лечащий врач. 2010; 1: 11–15.
6. Наказ МОЗ України № 128 "Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія». – [Чинний від 2007–03–19]. – К.: Міністерство Охорони Здоров'я України, 2007; 146.
7. Соколовський В. С., Романова Н.О., Юшковська О.Г. Лікувальна фізична культура. Одеса: Одес. держ. мед ун-т, 2005; 234.
8. Deliu M., Belgrave D., Simpson A., Murray C.S., Kerry G. Impact of rhinitis on asthma severity in school-age children. Allergy. 2014; 69(11): 1515–1521.
9. Hedlin G. An update on paediatric asthma. Eur Respir Rev. 2012; 21(125): 175–185.
10. Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary. Електронний режим доступу http://www.ginasthma. org/pdf/GINA Report 2015. pgf.
11. Global strategy for the diagnosis and management of asthma in children 5 years and younger. Електронний режим доступу http://www.ginasthma. org/pdf/GINA Report-2009.pgf.
12. Gentile D., Bartholow A., Valovirta E. Current and Future Directions in Pediatric Allergic Rhinitis. J Allergy Clin Immunol: In Practice. 2013;3: 214–226.

13. Koinis-Mitchell D., Kopel S.J., Boergers J., Ramos K., Le Bourgeois M. Asthma, Allergic Rhinitis, and Sleep Problems in Urban Children. J Clin Sleep Med. 2015;11(2): 101–110.

Котелевський В. І.,
Соловей В. В.

Kotelevsky V.I.,
Solovey V.V.

YUMEHOTERAPIYA IN THE PHYSICAL THERAPY OF VERTEBRAL PATHOLOGY

On the basis of the analysis of the literature sources, the article presents the historical development and mechanisms of influence on the human body of Jumeichotherapy, identifies the main features of its use in physical therapy in pathology of the musculoskeletal system, and, in particular, in the initial neurological manifestations of vertebral ostechondrosis.

Keywords: *physical therapy, Jumeichotherapy, vertebral pathology*.

ЮМЕЙХОТЕРАПІЯ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ВЕРТЕБРАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ

На основі аналізу літературних джерел в статті представлено історичний розвиток та механізми впливу на організм людини юмейхотерапії, визначені основні особливості її застосування у фізичній терапії при патології опорно-рухової системи і, зокрема, при початкових неврологічних проявах вертебрального остехондрозу.

Ключові слова: *фізична терапія, юмейхотерапія, вертебральна патологія.*

Постановка проблеми. Надання кваліфікованої допомоги при неврологічних проявах вертебрального остеохондрозу є однією з актуальних проблем сучасної науки, а отже, важливим завданням фізичної терапії. Адже серед захворювань периферичної нервової системи найбільш поширеною патологією слід вважати неврологічні прояви вертебрального остеохондрозу. За поширеністю та наслідками у вигляді стійкої втрати працездатності вони посідають перші місця у структурі неврологічної захворюваності населення (67–95 %) [1; 2].

Це зумовлює необхідність оптимізації фізичної терапії на ранніх стадіях розвитку цієї вертебральної патології, потребує пошуку нових форм і методичних підходів на різних етапах реабілітаційного процесу [5; 7]. Перспективними напрямами цього пошуку є поєднання сучасних реабілітаційних методик з лікувальними методами, які виникли на основі досвіду давнішніх цивілізацій, ефективність яких підтверджено віковим досвідом [4]. Однією з таких методик і є юмейхотерапія.

Основною ідеєю дослідження стала гіпотеза, що сумісне застосування лікувального класичного масажу та елементів юмейхотерапіі.в фізичній терапії хворих із функціональними порушеннями хребта та вертебральним остеохондрозом повинно підвищити її ефективність.

Мета й завдання дослідження. Відповідно до основної ідеї дослідження було сформульовано **мету статті:** проаналізувати механізми впливу та технологію юмейхотерапії, особливості її застосування у комплексних реабілітаційних програмах спрямованих на корекцію функціональних порушень хребта.

Меті статті відповідали такі **завдання**:

1) вивчити історію розвитку та технологію юмейхотерапії, основні механізми впливу методики на хребцево-руховий апарат;