

Література

1. Інноваційні технології фізичного виховання студентів : навч. посібник / за заг. ред. Вихляєва Ю. М. – Вінниця. Тов. «Твори», 2019. – 608 с.
2. Ашанін В. С. Проблеми формування компетентності майбутніх фахівців фізичної культури і спорту на основі інформаційних технологій та багатомірного аналізу : монографія / авт. : В. С. Ашанін, В. І. Мудрик, М. В. Андрєєв. – Харків : ФОР В. В. Петров, 2019. – 189 с.
3. Бєлих С. І. Особистісно орієнтоване фізичне виховання студентів університетів. Навч. посібник / С. І. Бєлих – Донецьк : ДрНУ, 2013. – 253 с.
4. Охалкіна О. В. Соматотип та тілобудова : дефінітивний аналіз у контексті онтогенетичного розвитку / О. В. Охалкіна, А. С. Шкляр // Науково-практична міжвузівська конф. «Демографія, здоров'я, медицина». – Харків, 2008. – С. 85-88.
5. Сергієнко Л. П. Генетичні фактори в розвитку і фізичному вихованні людини : автореф. дис. на здобуття докт. наук з фізвиховання і спорту. – К., 1993. – 35 с.
6. Шанковський А. З. Корекція тілобудови студентів в процесі фізичного виховання з урахуванням стану їх постави : автореф. дис. на здобуття канд. наук з фіз. виховання і спорту. – К., 2019. – 23 с.
7. Ареф'єв В. Г. Основи теорії та методики фізичного виховання : підруч. – Кам'янець-Подільський : ПП Буйницький О. А., 2014. – 368 с.
8. Чилипенко Л. І. Соматотип – маркер двигательных возможностей человека : сбор. тезисов 4-го Всесоюзн. научн. Симпозиума «Генетические маркеры в антропогенетике и медицине» / Л. Чилипенко, В. Иващенко. – Хмельницький, 1988. – С. 129-131.
9. Кротов В. Г. Диференційоване програмування розвитку рухових здібностей дівчаток початкової школи з урахуванням соматотипу : автореф. канд. дис. – К., 2010 – 22 с.
10. Никитюк Б. А. Адаптация, конституция и моторика / Б. А. Никитюк. – М. : Теория и практика физич. культуры, 1989. – №1. – С. 40-42.

References

1. Innovatsiyni tekhnolohii fizychnoho vykhovannia studentiv : navch. posibnyk / za zah. red. Vykhliaieva Yu. M. – Vinnytsia. Tov. «Tvory», 2019. – 608 s.
2. Ashanin V. S. Problemy formuvannia kompetentnosti maybutnikh fakhivtsiv fizychnoi kul'tury i sportu na osnovi informatsiynykh tekhnolohiy ta bahatomirnogo analizu : monohrafiia / avt. : V. S. Ashanin, V. I. Mudryk, M. V. Andrieiev. – Kharkiv : FOP V. V. Petrov, 2019. – 189 s.
3. Bielykh S. I. Osobystisno oriientovane fizyчне vykhovannia studentiv universytetiv. Navch. posibnyk / S. I. Bielykh. – Donets'k : DonNU, 2013. – 253 s.
4. Okhapkina O. V. Somatotyp ta tilobudova : definyvnyy analiz u konteksti ontohenetychnoho rozvytku / O. V. Okhapkina, A. S. Shklar // Naukovo-praktychna mizhvuzivs'ka konf. «Demohrafiia, zdorov'ia, medytsyna». – Kharkiv, 2008. – S. 85-88.
5. Serhiienko L. P. Henetychni faktory v rozvytku i fizychnomu vykhovanni liudyny : avtoref. dys. na zdobuttia dokt. nauk z fizvykhovannia i sportu. – K., 1993. – 35 s.
6. Shankovs'kyi A. Z. Korektsiia tilobudovy studentiv v protsesi fizychnoho vykhovannia z urakhuvanniam stanu ikh postavy : avtoref. dys. na zdobuttia kand. nauk z fiz. vykhovannia i sportu. – K., 2019. – 23 s.
7. Aref'iev V. H. Osnovy teorii ta metodyky fizychnoho vykhovannia : pidruch. – Kam'ianets'-Podil's'kyi : PP Buynyts'kyi O. A., 2014. – 368 s.
8. Chilipenko L. I. Somatotip – marker dvigatel'nykh vozmozhnostey cheloveka : sbor. tezisov 4-go Vsesoiuzn. nauchn. Simpoziuma «Geneticheskie markery v antropogenetike i meditsine» / L. Chilipenko, V. Ivashchenko. – Khmel'nitskiy, 1988. – S. 129-131.
9. Krotov V. H. Dyferentsiyovane prohramuvannia rozvytku rukhovyykh zdibnostey divchatok pochatkovoї shkoly z urakhuvanniam somatotypu : avtoref. kand. dys. – K., 2010 – 22 s.
10. Nikitiuk B. A. Adaptatsiia, konstitutsiia i motorika / B. A. Nikitiuk. – M. : Teoriia i praktika fizich. kul'tury, 1989. – No1. – S. 40-42.

Бісмак О.В.

*кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії,*

Національний університет фізичного виховання і спорту України, м. Київ

ЛІКУВАЛЬНИЙ МАСАЖ У ВІДНОВЛЮВАЛЬНОМУ ЛІКУВАННІ КОМПРЕСІЙНО-ІШЕМІЧНИХ НЕВРОПАТІЙ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ

Стаття присвячена основним питанням застосування масажу у комплексному лікуванні невропатій верхньої кінцівки. Представлено короткострокові та довгострокові цілі масажу, охарактеризовано методики масажу в різні періоди відновлення хворих з наслідками ураження периферичних нервів руки. Звертається увага, що масажні прийоми під час процедури масажу залежать від клінічних проявів ураження певного нерва верхньої кінцівки (серединного, променевого чи ліктьового). Відзначається, що ефективним є поєднання класичного та сегментарно-рефлекторного масажу при периферичних парезах чи паралічах. Висвітлено особливості застосування локального масажу та нейро'язової терапії

при больовому синдромі (масаж тригерних точок ураженої верхньої кінцівки). Наголошується про необхідність індивідуального підходу до кожного пацієнта з урахуванням основних рухових, сенсорних та вегетативних порушень, які виникають у даній категорії хворих, супутніх захворювань та потреб людини.

Ключові слова: невропатія, лікування, верхні кінцівки, масаж, сегментарно-рефлекторний масаж, локальний масаж.

Бисмак Е.В. Лечебный массаж в восстановительном лечении компрессионно-ишемических невропатий верхних конечностей. Статья посвящена основным вопросам применения массажа в комплексном лечении невропатий верхней конечности. Представлены краткосрочные и долгосрочные цели массажа, дана характеристика методик массажа, которые применяются в разные периоды восстановления больных с последствиями поражения периферических нервов руки. Обращается внимание, что массажные приемы во время процедуры массажа зависят от клинических проявлений поражения определенного нерва верхней конечности (срединного, лучевого или локтевого). Отмечается, что эффективным является сочетание классического и сегментарно-рефлекторного массажа при периферических парезах или параличах. Освещены особенности применения локального массажа и нейромышечной терапии при болевом синдроме (массаж триггерных точек пораженной верхней конечности). Отмечается необходимость индивидуального подхода к каждому пациенту с учетом основных двигательных, сенсорных и вегетативных нарушений, которые возникают у данной категории больных, сопутствующих заболеваний и потребностей человека.

Ключевые слова: невропатия, лечение, верхние конечности, массаж, сегментарно-рефлекторный массаж, локальный массаж.

Bismak O. Therapeutic massage in the recovery treatment of compression-ischemic neuropathies of the upper limbs. The article is devoted to the main issues of the use of massage in the complex treatment of the upper limb neuropathies. The purpose is the analysis and generalization of modern literature about various types of massage for the upper limb neuropathies. The article presents short-term and long-term goals of massage, gives a description of massage techniques that are used in different periods of recovery of patients with the consequences of damage to the peripheral nerves of the hand. Attention is drawn that massage techniques during the massage procedure depend on the clinical manifestations of the lesion of a particular nerve of the upper limb (median, radial or ulnar). It is noted that a combination of classical and segmental-reflex massage with peripheral paresis or paralysis is effective. The features of the application of local massage and neuromuscular therapy for pain syndrome (massage of trigger points of the affected upper limb) are highlighted.

The need for an individual approach to each patient is noted, taking into account the main motor, sensory and autonomic disorders that occur in this category of patients, concomitant diseases and human needs. Conclusions: 1. Massage is an integral component of the complex therapy of compression-ischemic neuropathies of the upper limb. 2. Massage is recommended to begin in the subacute period of the disease, using stroking, rubbing, kneading, vibration techniques. As the patient's condition improves, the muscles and nerve trunks of the limbs are selectively massaged. 3. The technique and dosage of massage are differentiated depending on the general condition of the patient, the severity of the pain syndrome, the time elapsed since the onset of the disease. Muscle condition is important. 4. In addition to the affected limbs, a segmented reflex massage is performed.

Keywords: neuropathy, treatment, upper limbs, massage, segmental reflex massage, local massage.

Постановка проблеми. Компресійно-ішемічні невропатії (тунельні синдроми) є однією з найбільш розповсюджених причин болю в верхній кінцівці. Компресія нерва з розвитком ішемічних порушень частіше виникає в місцях природних морфологічних утворень у вигляді отворів, каналів або тунелів, в місцях вигинів нервових стовбурів [2, с. 25-30].

У походженні тунельних невропатій можуть брати участь різноманітні фактори. Основними причинами деяких з них є професійні особливості або звичні пози. В інших випадках може мати значення іммобілізація (наприклад, при переломах або фіксації рук під час операційного втручання). Частою причиною тунельних невропатій є ендокринні порушення (гіпотиреоз, акромегалія, клімакс), прийом оральних контрацептивів, метаболічні розлади при цукровому діабеті, алкоголізмі [3, с. 10-20; 12, с. 960-970].

За даними Поліщук М.С., Муравського А.В., Сулій Л.М., найбільш поширеними тунельними синдромами верхньої кінцівки є:

- карпальний тунельний синдром, або синдром зап'ясткового каналу (серединний нерв);
- кубітальний синдром, або синдром частого стереотипного руху (ліктьовий нерв);
- синдром каналу Гійона (ліктьовий нерв);
- синдром «нічного суботнього паралічу», або «паркової лави», або «миличний параліч», «лікоть тенісиста» (невропатія променевого нерва) [4, с. 101-104].

Клінічні прояви компресійно-ішемічних невропатій складаються з сенсорних, моторних, вегетативних і трофічних порушень і залежать не тільки від механічного травмування нерва оточуючими тканинами. Багато в чому ці розлади обумовлені ішемією і венозним застоєм, що проявляються набряком тканин. Тому як власне больові, так і вегетативні та трофічні феномени мають складний генез і пов'язані з цілою низкою патогенетичних механізмів [7; 11, с.153-163].

Застосування засобів фізичної терапії є важливою складовою ланкою відновного лікування хворих з невропатіями верхньої кінцівки. В системі комплексного лікування даної патології лікувальному масажу належить важлива роль. Проте є багато питань щодо використання різних видів масажу в залежності від клінічних проявів невропатій верхньої кінцівки,

періоду перебігу хвороби та особливостей лікування (консервативне чи оперативне). Ця проблема потребує вирішення, оскільки тунельними невротіями страждають здебільшого люди працездатного віку.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Для ефективного лікування тунельного синдрому необхідно зрозуміти причину і механізми виникнення компресії і застосувати комплексний підхід до терапії. Радикальним методом лікування більшості тунельних синдромів є операція - розсічення тканин, які здавлюють нерв, і створення оптимальних умов для нервового стовбура, що попереджають його травматизацію. Найявніші грубих порушень рухових і чутливих функцій, швидке наростання симптоматики з розвитком контрактур - абсолютні показання до операції [3, с. 10-20; 14, с. 1617-1629].

Проте в переважній більшості випадків проводиться консервативне лікування і процедури масажу є частиною цього лікування.

Як зазначає Чабаненко С.Н., масаж при невротіях верхньої кінцівки покращує трофіку шкіри, активує місцевий і загальний лімфо- та кровообіг, підвищує тонус і покращуючи скоротливу функцію м'язів, попереджає розвиток м'язових атрофій, підвищує провідність ураженого нерва, сприяє функціональній перебудови всієї нервової системи, масаж в значній мірі прискорює функціональне відновлення при рухових розладах [6].

Дослідження американських вчених показали, що люди з синдромом зап'ястного каналу, які регулярно робили масаж, повідомляли про зниження рівня болю, занепокоєння і пригніченого настрою, а також про поліпшення сили захоплення ураженою рукою [8, с. 522-530].

За даними Moraska A., Chandler C., Schaezel A. E., et al, які порівнювали вплив загального та спеціального масажу на клінічні прояви компресійної невротії верхньої кінцівки, лікування за допомогою масажу сприяло поліпшенню рухової функції руки та зменшенню болю, проте спеціальний масаж був більш ефективним для збільшення тонусу та сили м'язів ураженої кінцівки [10].

Масажист в усіх випадках захворювання визначає методику сеансу масажу індивідуально для кожного пацієнта.

Відомо, що у важких випадках при невротіях верхніх кінцівок може виникнути парез, або навіть параліч ураженої кінцівки. Особливістю масажу при периферичних парезах/паралічах, які розвиваються при важких формах невротії, є його диференційована дія на м'язи, чітке дозування інтенсивності, сегментарно-рефлекторний характер дії [1; 15, с. 201-207].

За спостереженням деяких авторів, сприятливий вплив має апаратний масаж (вібраційний), здійснюваний у "рухових точках" і вздовж паретичних м'язів, вихровий і струменевий підводний масаж, що поєднує позитивний температурний вплив теплої води і механічну дію її на тканини [5; 6].

Стимулюючий вплив при зниженому тонусі і поширеною м'язовою гіпотрофією надає непереривиста вібрація, включаючи допоміжні прийоми - струс і поштовхи, що викликають великий потік пропріоцептивних імпульсів в центральну нервову систему. Глибоку і різнобічну фізіологічну дію надає механічний вібраційний масаж, який ще мало застосовується в практичній діяльності фізичних терапевтів [7].

На практиці різні види масажу застосовуються кожним фахівцем з масажу на свій розсуд, ще не розроблено чіткої схеми щодо вибору тактики масажу, поєднання масажу з іншими засобами фізичної терапії.

Формулювання цілей статті. Мета роботи – проаналізувати та узагальнити сучасні літературні джерела щодо використання різних видів масажу при невротіях верхньої кінцівки.

Методи дослідження. У процесі дослідження ми застосовували методи аналізу та синтезу сучасних джерел інформації.

Виклад основного матеріалу дослідження. Перед початком відновного лікування даної патології необхідно визначити цілі реабілітації: короткострокові та довгострокові. До короткострокових цілей відносяться: сприяння нормалізації тонусу кінцівок, зміцнення хворих м'язів, збільшення амплітуди руху в уражених кінцівках. Довгострокові цілі: покращення можливостей до самообслуговування, соціальна адаптація, загальне зміцнення організму та покращення якості життя.

Реабілітаційні заходи при невротіях верхньої кінцівки розпочинаються на стаціонарному етапі. Рекомендують класичний масаж ураженої кінцівки за щадною методикою [6].

У міру поліпшення функціонального стану м'язів, трофіки тканин, інтенсивність масажних рухів поступово збільшується. Масажному впливу піддаються не тільки м'язи-агоністи, а й м'язи-антагоністи, однак масаж останніх не вимагає вибіркового впливу і проводиться більш полегшено. Тривалість масажної процедури у відновлювальному періоді залежить від характеру і ступеня ураження, локалізації, а також від віку хворого. З огляду на швидку виснаженість паралізованих м'язів, масаж не повинен бути тривалим [5].

Відомо, що при периферичних парезах/паралічах спостерігаються глибокі трофічні порушення, тому в комплексному лікуванні рекомендується використовувати тепло в поєднанні з масажем, що сприяє розвитку активних нервових імпульсів, покращують трофіку тканин. Масаж є своєрідною пасивною гімнастикою для міоневрального апарату. Масаж безпосередньо впливає на шкіру, судини і м'язи, нервово-рецепторний апарат [6].

При порушенні рухів в суглобах ураженої кінцівки, розвиваються вторинні зміни в капсулі суглоба, зв'язках і м'язах. Масаж в цих випадках рекомендується проводити на суглобах в поєднанні з пасивною гімнастикою. Під впливом масажу зміцнюється стан сумочно-зв'язкового апарату і попереджаються вивихи і підвивихи, які часто спостерігаються при периферичних паралічах.

Коли пацієнт отримує можливість виконувати активні м'язові скорочення, починають поєднувати масаж з активними рухами, поступово збільшуючи навантаження, включають рухи з опором, які збільшують обсяг і силу м'язів [1].

Не викликає сумніву, що масаж, який застосовується при периферичних парезах/паралічах, необхідно строго дозувати. Науковці Чабаненко С.Н., Яковлев А. та ін. застерігають, що надмірно сильний і тривалий масаж викликає перевагою уражених, ослаблених м'язів і порушує в них кровообіг. Тому тривалість масажу однієї кінцівки протягом перших

5-7 днів не повинна перевищувати 7-10 хвилин, а в подальшому поступово доводиться до 15-20 хвилин [6; 7].

При дозуванні масажної дії слід виходити з оцінки ступеня ослаблення сили окремих м'язів або м'язових груп. Чим сильніше вражені м'язи, чим більше виражена їх гіпотрофія, тим ніжніше і нетривало потрібно їх масажувати, так як енергійний масаж, як показують спостереження практикуючих масажистів, може посилити м'язову гіпотрофію, а також викликати подальше ослаблення уражених м'язів. За Sein M. передозування масажних рухів може викликати деструктивні зміни в м'язах [13].

За даними Хантемирова А.М., ефективним є поєднання класичного і рефлекторного масажу. Особливо добре реагують пацієнти на фасціальний масаж. Так як у пацієнтів часто виражені вегетативні зміни, то застосування сполучно-тканинного масажу стабілізує процеси збудження і гальмування. При пошкодженнях променевого, середнього і ліктьового нервів масажуються верхні грудні і шийні паравертебральні ділянки іннервації спинномозкових сегментів [5].

Дискусійним є питання щодо застосування локального масажу при мононевропатіях верхньої кінцівки. В літературі зустрічаються відомості, що локальний масаж зручний тим, що вплив виявляється безпосередньо на хвору ділянку і на прилеглі до нього області.

При невропатії ліктьового нерва проводиться масаж передпліччя, плеча і ліктьовий області. При ураженні променевого нерва масажуються передпліччя, зап'ястя, кисть. При невропатії середнього нерва масаж проводиться на зап'ясті, кисті і пальцях. Для масування даних областей застосовуються такі прийоми: погладження, розтирання, розминання та потряхування. Кожен з цих прийомів має безліч різновидів, які використовуються для кращого впливу на хвору ділянку. У всіх прийомів є свої особливості, які обумовлені характером захворювання [1; 6].

В зарубіжних дослідженнях повідомляється про нейром'язову терапію при невропатіях верхньої кінцівки. Нейром'язова терапія - це такий вид масажу, що застосовується до уражених м'язів для збільшення кровообігу, зняття м'язового напруження або зняття болю / тиску на нерви. Ця терапія також відома як тригерна терапія, в якій концентрований тиск пальцем масажиста застосовується до «тригерних точок», щоб полегшити біль у м'язах [9]. Ця методика масажу потребує подальшого вивчення.

Висновки. 1. Масаж є невід'ємним компонентом комплексної терапії захворювань і травм периферичної нервової системи, у тому числі компресійно-ішемічних невропатій верхньої кінцівки.

2. Масаж рекомендується починати в підгострому періоді захворювання, використовуючи прийоми погладження, розтирання, розминання, вібрації. У міру поліпшення стану хворого вибірково масажують м'язи і нервові стовбури кінцівок.

3. Методику і дозування масажу диференціюють залежно від загального стану хворого, вираженості болювого синдрому, часу, що пройшов з початку захворювання. Важливе значення має стан м'язів.

4. Рекомендується поєднувати класичний масаж ураженої кінцівки з сегментарно-рефлекторним.

Перспективи подальшого розвитку цього напрямку. В подальшому планується вивчення впливу гідромасажу у поєднанні з іншими засобами фізичної терапії при невропатіях.

Література

1. Гольдблат Ю. Медико-социальная реабилитация в неврологии / Ю. Гольдблат. – СПб: Политехника, 2015. – 607 с.
2. Евтушенко С.К. Туннельные невропатии. Трудности диагностики и терапии / С.К. Евтушенко, А.Н. Евтушевская, В.В. Марусиченко // Міжнародний неврологічний журнал. – 2015. – № 1(71). – С. 25-30.
3. Мозолевский Ю.В. Комплексное лечение тоннельных невропатий нижних конечностей / Ю.В. Мозолевский, А.Н. Баринов // Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics – 2013. – № 5(4). – С. 10-20.
4. Поліщук М.Є. Лікування хворих із тунельними та компресійно-ішемічними невропатіями периферичних нервів / М.Є. Поліщук, А.В. Муравський, Л.М. Сулій // Міжнародний неврологічний журнал – 2012. – № 3 (49). – С. 101-104.
5. Хантемиров А.М. Медицинский массаж. Практическое пособие / А.М. Хантемиров. – Уфа, 2009. – 238 с.
6. Чабаненко С.Н. Массаж при нервных заболеваниях / С.Н. Чабаненко. – М.: Вече, 2004. – 208 с.
7. Яковлев А. Нейрореабилитация / Яковлев А. – М.: Издательские решения, 2018. – 248 с.
8. Bartels RH, Verhagen WI, Wilt GJ, Meulstee J, Rossum LG, Grotenhuis JA. Prospective randomized controlled study comparing simple decompression versus anterior subcutaneous transposition for idiopathic neuropathy of the ulnar nerve at the elbow: Part 1. // Neurosurgery, 2005; 56(3), P. 522-530.
9. Beth M. Neuromuscular Massage Therapy // Spine-health, 2017, 3.
10. Moraska A., Chandler C., Schaetzel A. E., Franklin G., Calenda E. L., Enebo B. Comparison of a Targeted and General Massage Protocol on Strength, Function, and Symptoms Associated with Carpal Tunnel Syndrome: A Randomized Pilot Study // The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 2010, Vol. 14, No. 3.
11. Palmer AB, Hughes TB. Cubital tunnel syndrome // Journal of Hand Surgery. American Volume, 2010; 35(1), P. 153-163.
12. Schmidt S, Kleist Welch-Guerra W, Matthes M, Baldauf J, Schminke U, Schroeder H.W. Endoscopic vs open decompression of the ulnar nerve in cubital tunnel syndrome: a prospective randomized double-blind study. Neurosurgery. 2015; 77(6), P. 960-970.
13. Sein M. Physical and Occupational Therapy Offer Benefits for Neuropathic Pain. Spine-health, 2017.
14. Song JW, Chung KC, Prosser LA. Treatment of ulnar neuropathy at the elbow: cost-utility analysis // Journal of Hand Surgery. American Volume 2012; 37(8), P. 1617-1629.
15. Svernlöv B, Larsson M, Rehn K, Adolfsson L. Conservative treatment of the cubital tunnel syndrome // Journal of Hand Surgery. European Volume, 2009; 34(2), P. 201-207.

Reference

1. Gol'dblat, Yu. (2015). Mediko-sotsial'naya reabilitatsiya v nevrologii [Medical and social rehabilitation in neurology]. St. Petersburg. Politehnika, 607 p.
2. Evtushenko, S.K., Evtushevskaya, A.N., Marusichenko, V.V. (2015). Tunnel'nye nevropatii. Trudnosti diagnostiki i terapii [Tunnel neuropathies. Difficulties in diagnosis and therapy]. International Neurological Journal, 1(71), 25-30.
3. Mozolevskiy, Yu.V., Barinov, A.N. (2013). Kompleksnoe lechenie tonnel'nykh nevropatiy nizhnikh konechnostey [Complex treatment of tunnel neuropathies of the lower extremities]. Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics, 5(4), 10-20.
4. Polishchuk, M.Ye., Muravskiy, A.V., Sulii, L.M. (2012). Likuvannia khvorykh iz tunel'nykh ta kompresiiino-ishemichnykh nevropatiiamy peryferychnykh nerviv [Treatment of patients with tunneling and compression-ischemic neuropathies of peripheral nerves]. International Neurological Journal, 3 (49), 101-104.
5. Khantemirov, A.M. (2009). Meditsinskiy massazh. Prakticheskoe posobie [Medical massage. Practical Guide]. Ufa, 238 p.
6. Chabanenko, S.N. (2004). Massazh pri nervnykh zabolevaniyakh [Massage for nervous diseases]. Moscow. Veche, 208 p.
7. Yakovlev, A. (2018). Neyroreabilitatsiya [Neurorehabilitation]. Moscow. Izdatel'skie resheniya, 248 p.
8. Bartels, R.H., Verhagen, W.I., Wilt, G.J., Meulstee, J., Rossum, L.G., Grotenhuis, J.A. (2005). Prospective randomized controlled study comparing simple decompression versus anterior subcutaneous transposition for idiopathic neuropathy of the ulnar nerve at the elbow: Part 1. Neurosurgery, 56(3), 522-530.
9. Beth M. Neuromuscular Massage Therapy (2017). Spine-health, 3.
10. Moraska, A., Chandler, C., Schaetzel, A.E., Franklin, G., Calenda, E.L., Enebo, B. (2010). Comparison of a Targeted and General Massage Protocol on Strength, Function, and Symptoms Associated with Carpal Tunnel Syndrome: A Randomized Pilot Study. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, Vol. 14, 3.
11. Palmer, A.B., Hughes, T.B. (2010). Cubital tunnel syndrome. Journal of Hand Surgery. American Volume, 35(1), 153-163.
12. Schmidt, S., Kleist, Welch-Guerra W., Matthes, M., Baldauf, J., Schminke, U., Schroeder, H.W. (2015). Endoscopic vs open decompression of the ulnar nerve in cubital tunnel syndrome: a prospective randomized double-blind study. Neurosurgery, 77(6), 960-970.
13. Sein, M. (2017). Physical and Occupational Therapy Offer Benefits for Neuropathic Pain. Spine-health, 2.
14. Song, J.W., Chung, K.C., Prosser, L.A. (2012). Treatment of ulnar neuropathy at the elbow: cost-utility analysis. Journal of Hand Surgery. American Volume, 37(8), 1617-1629.
15. Svernlöv, B., Larsson, M., Rehn, K., Adolfsson, L. (2009). Conservative treatment of the cubital tunnel syndrome. Journal of Hand Surgery. European Volume, 34(2), 201-207.

Бондаренко В. В.

*кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри спеціальної фізичної підготовки,
Національна академія внутрішніх справ (м. Київ)*

Радзієвський Р. М.,

*кандидат педагогічних наук, доцент кафедри організації державної охоронної діяльності та безпеки
Інститут управління державної охорони України
Київського національного університету імені Тараса Шевченка (м. Київ).*

Кривець О. І.

*старший викладач кафедри спеціальної фізичної підготовки,
Національна академія внутрішніх справ (м. Київ)*

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНOSTІ ПРАЦІВНИКІВ ПАТРУЛЬНОЇ ПОЛІЦІЇ НА ЕТАПІ ПРОФЕСІЙНОГО СТАНОВЛЕННЯ

Здійснено аналіз чинних нормативних документів, які регламентують специфіку професійного навчання майбутніх правоохоронців, встановлено вимоги до їх професійної підготовленості. На підставі здійснених досліджень констатовано низький, а подекуди недостатній рівень фізичної підготовленості поліцейських. Обґрунтовано та експериментально перевірено ефективність новітньої методики навчання, спрямованої на підвищення рівня фізичної підготовленості майбутніх правоохоронців. Сутність новацій полягає у розвитку професійно важливих фізичних якостей шляхом застосування доступних та загальновідомих вправ, серед яких чільне місце належить вправам із сирями.

У дослідженні взяли участь слухачі курсу первинної професійної підготовки поліцейських (n=61) центру первинної професійної підготовки «Академія поліції» Національної академії внутрішніх справ. Математичне опрацювання результатів педагогічного експерименту свідчить про достовірне покращення виокремлених показників фізичної підготовленості осіб експериментальної групи (p<0,05). Показник «Загальна фізична підготовленість» у осіб ЕГ на формувальному етапі педагогічного експерименту зріс на 12,2%; «Статична витривалість м'язів тулуба» – на 10,3%.

Перспективами подальших досліджень є обґрунтування методики вдосконалення професійно важливих фізичних якостей працівників патрульної поліції та експериментальна її перевірка на етапі професійного зростання.

Ключові слова: Національна поліція України; патрульна поліція; службова підготовка; фізична підготовка.