

АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕННЯ МАСАЖУ В ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ ІЗ ПОЄДНАНИМИ ПАТОЛОГІЯМИ

Філак Я.Ф., Філак Ф.Г.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Анотація. Обстежено 40 хворих на гіпертонічну хворобу в поєднанні з остеохондрозом хребта в амбулаторних умовах. Доведена ефективність щодо застосування розробленого алгоритму лікувального масажу, який спрямований на покращання клінічних показників, нормалізацію артеріального тиску, амплітуди рухів хребта.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, остеохондроз хребта, лікувальний масаж, амплітуда рухів.

Abstract. 40 patients with hypertension combined with osteochondrosis in the outpatient setting were examined. The effectiveness of using this algorithm of therapeutic massage, which is aimed at improving clinical parameters, normalizing blood pressure of the amplitude of spinal movements, has been proved.

Key words: hypertension, spinal osteochondrosis, therapeutic massage, amplitude of movements.

Вступ. Гіпертонічна хвороба переважає в структурі серцево-судинних захворювань. За статистичними даними, в Україні частка хворих на гіпертонічну хворобу серед пацієнтів з серцево-судинною патологією складає 40,6%. Гіпертонічна хвороба серйозно впливає на основні показники здоров'я населення, насамперед такі, як втрата працездатності, тривалість і якість життя, і в цілому на демографічну структуру населення. У таких хворих частіше розвиваються ішемічна хвороба серця і порушення мозкового кровообігу. Відбуваються також патологічні зміни серця, які мають несприятливе прогностичне значення в розвитку серцевої недостатності, виникненні інфаркту міокарда, різних аритмій [1, 4].

Остеохондроз хребта розглядають як одну із найбільш розповсюджених форм хронічного системного ураження сполучної і хрящової тканини, для якої

характерні тотальність і одночасно нерівномірність уражень окремих відділів хребта. Головний фактор у дегенерації міжхребцевого диска - передчасне старіння, яке посилюється "легкими ударами нормального життя". Проведені дослідження показали, що понад 80% дорослого населення земної кулі відчуває біль у спині. Це захворювання за кількістю хворих поступається лише респіраторним інфекціям і посідає третє місце у світі. Остеохондроз хребта уражає найбільш працездатну частину населення і займає провідне місце щодо втрати працездатності у загальній структурі захворюваності. Ці хвороби значно поширилися за останні десятиріччя в економічно розвинених країнах, стали головною причиною інвалідності та смертності [3, 5, 6].

Мета – розробити і впровадити алгоритм масажних технологій, одночасно спрямованих на корекцію поєднаних захворювань: гіпертонічної хвороби та хребта.

Завдання дослідження:

1. Розробити алгоритм лікувального масажу при поєднанні гіпертонічної хвороби I-II ступеня з остеохондрозом хребта в осіб працездатного віку.
2. Перевірити ефективність запропонованої методики масажу при поєднаних патологіях.

Хід дослідження та обговорення результатів. Ми провели спостереження у 40 хворих віком від 45 до 55 років, з них 15 чоловіків і 25 жінок, у яких діагностовано гіпертонічну хворобу I-II ступеня та остеохондроз хребта. Пацієнти були детально обстежені і проходили амбулаторне лікування у поліклінічному відділенні №1 м. Ужгорода. За даними опитування, практично всі хворі 100,0% в обох групах скаржилися на головні болі, болі в шийному і грудному відділах хребта. Запаморочення відзначали 85,0% пацієнтів, ниючі болі або болі колючого характеру в ділянці серця при фізичному навантаженні відзначали 75,0% пацієнтів. Пальпаторну болючість окремих м'язів шиї, плеча виявляли у 70,0% хворих. Загальну слабкість, дратівливість, підвищену втомлюваність відзначали 95,0% пацієнтів. Всім хворим проводили ЕКГ, визначали частоту серцевих скорочень, артеріальний тиск. Визначення

рухливості хребта в шийному відділі хребта встановлювали за допомогою гоніометра та тесту Шобера. Тест Шобера: визначається відстань від горбка потиличної кістки до остистого відростка УІІ-ого шийного хребця. При дослідженні пульсу у хворих виявляється виражена лабільність і схильність до тахікардії. Середні показники ЧСС у пацієнтів у спокої становили 68 - 80 уд/хв. Середні показники систолічного артеріального тиску (САТ) становили $162 \pm 3,8$ мм рт. ст., а тиск діастолічний (ДАТ) – $98 \pm 2,3$ мм рт. ст. Амплітуда рухів у шийному відділі хребта, а саме поворот голови вліво становив $56,8^\circ$; поворот голови вправо – $56,9^\circ$ (при нормі 85°). При проведенні тесту Шобера відстань від горбка потиличної кістки до остистого відростка VII-ого шийного хребця при згинанні становила $5,46 \pm 1.09$ см. при розгинанні 2.39 ± 0.77 см. Норма становить 8-10 см. при згинанні і 3-4 см. при розгинанні. Таке зниження амплітуди рухів в шийному відділі хребта оцінюється як помірне.

При проведенні лікувального масажу у пацієнтів з поєднанням гіпертонічної хвороби та остеохондрозу хребта головним завданням було зменшити м'язове напруження в ділянці комірцевої зони, шиї, що сприяло б зменшенню судинного тонуусу та покращенню периферійного кровообігу, зниженню артеріального тиску, покращенню функції серцево-судинної системи, нормалізації процесів збудження і гальмування центральної нервової системи. Для впливу на остеохондроз необхідно збалансувати м'язове напруження правої та лівої половини спини та покращити трофічні процеси в м'язово-кісткового апарату. Спрямований вплив лікувального масажу сприяє доцільному перерозподілу крові по органах і тканинах організму за рахунок зміни тонуусу не тільки м'язів, але і судин, стимулюючи захисні механізми, прискорюючи і удосконалюючи розвиток компенсації, покращуючи обмін речовин і репаративні процеси, відновлюючи порушені функції; перебудовується функціональний стан вегетативних центрів, які покращують трофіку внутрішніх органів і опорно – рухового апарату. Завдяки лікувальному масажу додатково розкривається велика кількість резервних капілярів, і АТ може знижуватися, бо зменшується периферійний опір і серцю потрібно

виконати меншу роботу. Розвиток екстракардіальних факторів кровообігу, що виникає при проведенні масажу, також сприяє поліпшенню периферійного кровообігу.

Алгоритм проведення масажу, з урахуванням обох завдань, розроблено такий: починають масаж спини, використовуючи прийоми поверхневого і глибокого погладжування, в тому числі гребенеподібне, граблеподібне, гладіння за напрямком зверху вниз. Потім масаж паравертебральних зон шийних, верхньогрудних спинномозкових сегментів за напрямком зверху вниз і від «центру» до «периферії», тобто від шиї і хребта до лопаток і плечових суглобів, використовуючи прийоми погладжування, розтирання прямолінійне, циркулярне, гребенеподібне, м'яке поздовжнє і поперечне розминання. Легка безперервна лабільна вібрація. Потім масаж задньої поверхні шиї і ділянки надпліч за ходом м'язових волокон трапецієподібних і дельтоподібних м'язів, великих грудних м'язів зверху вниз. Далі лімфодренажний масаж до пахвових лімфатичних вузлів. При показах і необхідності масаж голови: охоплюючи поверхневе і глибоке погладжування паралельно двома руками в напрямку до потилиці, від тім'я до завушних ділянок; Тривалість масажу 8 – 12 хвили. Також рекомендовано з 2-ї процедури включити в масажний комплекс дренажний масаж гомілок з метою активізації відтоку венозної крові по великому колу кровообігу, що створює умови для полегшеного припливу артеріальної крові до місця масажу.

Сегментарний масаж включав дію на паравертебральні зони спинномозкових сегментів вдовж хребетного стовпа від L2 до С3. При сегментарному масажі використовували прийоми в такій послідовності:

- прийом «свердління» першим способом, спочатку справа 5 – 6 разів, потім зліва 5 - 6 разів від L2 до С3;

- прийом «дія на проміжки між остистими відростками хребців», починаючи з L2 до С3, з акцентом на сегменти D10 – D6, С3 – С4, виконується 5 – 6 разів;

- прийом «дія на навколлопаткову ділянку» з обох сторін, сегменти D10 – С3, повторити 5 – 6 разів. На курс 15-20 процедур.

Прийом «свердління» виконували так: права рука масажиста розміщується на попереку так, щоб хребет був між великим і рештою пальців; подушечкою великого пальця масажист проводить кругові рухи у напрямку до хребетного стовпа, 4 пальці при цьому є опорою. Опрацювавши один сегмент протягом 7 – 8 сек, масажист пересуває пальці на наступний сегмент. Прийом «дія на проміжки між остистими відростками хребців» виконується таким чином: масажист кінцеві фаланги II і III пальців обох кистей рук поміщає на хребет так, щоб один остистий відросток знаходився між чотирма пальцями. При цьому виникає хрестоподібна складка, і протягом 4 – 5 сек масажист виконує дрібні колові рухи, направлені в протилежні сторони, заглиблюючись як вище, так і нижче остистого відростка. Потім переходять на наступний остистий відросток, який розміщений вище. Прийом «дія на навколлопаткову ділянку» виконується так: спочатку виконуються погладжуючі рухи по периметру рівня обох лопаток, потім права рука розміщується на правій лопатці, ліва рука – на лівій. Усі маніпуляції проводяться у напрямку до зовнішніх країв лопаток, до рівня плечей, до потилиці. Тривалість масажу 6-10 хвилин. Загалом тривалість масажу 20 – 25 хвилин.

Після проведеного курсу масажу, який тривав 15 процедур, поряд із покращенням клінічної картини, середні показники САТ знизилися з $162 \pm 3,8$ мм рт. ст. до $138 \pm 2,7$ мм рт. ст., ДАТ з $98 \pm 2,3$ мм рт. ст. до $84 \pm 2,6$ мм рт. ст.

Повороти голови вліво збільшились з $56,8^\circ$ до $79,4^\circ$, вправо відповідно з $56,9^\circ$ до $77,1^\circ$. При проведенні повторно тесту Шобера відстань від горбка потиличної кістки до остистого відростка VII-ого шийного хребця при згинанні збільшилась з $5,46 \pm 1.09$ см. до $7,88 \pm 1.04$ см, при розгинанні з 2.39 ± 0.77 см. до 3.56 ± 0.65 см. Результат оцінюється як задовільний. Проведені дослідження свідчать, що застосування розробленого алгоритму лікувального масажу відчутно впливає на амплітуду рухів в шийному відділі хребта, відзначається позитивна динаміка артеріального тиску.

Висновки:

1. На основі проведення аналізу спеціальної літератури можна зробити висновок, що у осіб працездатного віку гіпертонічною хворобою страждає 40,6% пацієнтів серед захворювань серцево-судинної системи, остеохондроз хребта зустрічається у 80,0%, що в майбутньому становить собою серйозну проблему для виникнення ускладнень у дорослого населення.

2. Застосування алгоритму лікувального масажу при поєднанні гіпертонічної хвороби та з остеохондрозом хребта є ефективним методом прискорення одужання: зменшилась тривалість перебування пацієнтів на амбулаторному лікуванні, знизився артеріальний тиск - систолічний до $138 \pm 2,7$ мм рт. ст., діастолічний до $84 \pm 2,6$ мм рт. ст. Амплітуда рухів шийного відділу хребта при згинанні вперед збільшилась на 2,42 см., при розгинанні на 1,17 см.

Перспективи подальших досліджень У подальшому передбачається дослідження віддалених результатів, а саме тривалості ремісії.

Література

1. Блага О. С. Лікувальна фізична культура при захворюваннях серцево-судинної системи: методичні рекомендації / О. С. Блага, Л. В. Дичка, В. С. Сухан. – Ужгород, 2014. – 62 с.

2. Козак Д. В. Фізична реабілітація та основи здорового способу життя / Д. В. Козак, Н. О. Давибіда. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2005. – 199 с.

3. Основы медицинской реабилитации и немедикаментозной терапии: учебное пособие / Л. А. Пирогова. – Гродно: ГрГМУ, 2008. – 212 с.

4. Пешкова О.В. Фізична реабілітація при захворюваннях внутрішніх органів / О.В. Пешкова. - Харків: СПДФО Бровін О.В., 2011.-312 с. 8. Реабилитация при заболеваниях сердечно-сосудистой системы / под ред. И.Н. Макаровой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 304 с

5. Попадюха Ю.А. Сучасні комп'ютеризовані комплекси та системи у технологіях фізичної реабілітації: Навч. посіб. / Ю.А. Попадюха. – К.: Центр учбової літератури, 2017. – 300 с.