

5. Єфіменко П.Б. Інноваційний підхід до навчального процесу при вивченні лікувального масажу майбутніми реабілітологами / П.Б. Єфіменко // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія № 15. «Науково-педагогічні проблеми фізичної культури»: Фізична культура і спорт / За ред. Г.М. Арзютова. – К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2015. – Випуск 3К2 (57)15. – С. 123–126.
6. Мухін В.М. Фізична реабілітація: підручник / В.М. Мухін. – Київ: Олімпійська література, 2005. – 470 с.
7. Фокин В.Н. Полный курс массажа: учебное пособие / В.Н. Фокин. – М.: ФАИР-ПРЕСС, 2005. – 512 с.
8. Чизу Саеке. Японская революция по уходу за кожей. Совершенная кожа в любом возрасте / Саеке Чизу. – М.: Эксмо ООО, 2016. – 128 с.

## **МЕТОДИКА ЛІКУВАЛЬНОГО МАСАЖУ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ХРЕБТА В ПОЄДНАННІ З ЗАХВОРЮВАННЯМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ**

**Філак Я. Ф, Філак Ф. Г.**

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна*

**Анотація.** Обстежено 20 хворих на остеохондроз хребта в поєднанні з гастродуоденальною патологією. Доведена ефективність щодо застосування методики лікувального масажу, який спрямований на покращання клінічних показників захворювань травної системи, хребта, нормалізацію амплітуди рухів.

**Ключові слова:** остеохондроз хребта, виразкова хвороба 12-палої кишки, лікувальний масаж, гастродуоденальна зона, амплітуда рухів.

**Abstract.** 20 patients with osteochondrosis of the spine in combination with gastroduodenal pathology were examined. The effectiveness of the method of therapeutic massage, which is aimed at improving the clinical indicators of diseases

of the digestive system, spine, normalization of the amplitude of movements.

**Key words:** osteochondrosis of the spine, peptic ulcer of the duodenum, therapeutic massage, gastroduodenal area, range of motion.

**Вступ.** За даними статистики, від болю в спині, зокрема остеохондрозом страждає більше половини дорослого населення Землі, а поширеність в індустріально розвинених країнах становить 60–80%. Захворювання, обумовлене багатьма чинниками. При цьому захворюванні відбувається ураження міжхребцевих дисків і інших тканин хребта. Частіше в молодому віці спостерігається легка форма остеохондрозу хребта і, можливо через це по медичну допомогу звертаються лише 10-12% хворих. В останніх існує ряд неправильних психологічних установок на хворобу "скоро само пройде, чого даремно до лікарів ходити". Деякі сучасні дослідники небезпідставно вважають, що остеохондроз не захворювання, а пристосовна реакція хребта на неправильний розподіл навантажень, що виникають під час рухів [1, 4].

Механізм розвитку остеохондрозу є добре вивченим. Він характеризується дегенерацією дисків, втратою ними вологи, висиханням ядра і розпадом його на окремі фрагменти. Фіброзне кільце втрачає ефективність, розм'якшується, виснажується, а в диску утворюються тріщини, розриви та щілини, у які можуть спрямовуватись секвестри ядра, які зазвичай випинають у хребетний канал. Дегенеративний процес поширюється на тіла суміжних хребців: субхондральний шар склерозується, під впливом хронічного подразнення починаються явища реактивного репаративного порядку у вигляді розростання кісткової тканини хребця [2].

Важчим є перебіг остеохондрозу хребта, якщо він поєднується з захворюванням гастродуоденальної зони. Епідеміологічні дослідження показують, що виразкова хвороба шлунка і 12-палої кишки займає одне з провідних місць серед хвороб органів травлення і є однією з розповсюджених форм гастроентерологічної патології у лікарській практиці. Інтерес до проблеми виразкової хвороби шлунка та 12-палої кишки зумовлений не тільки широким поширенням даної патології органів травлення, але й відсутністю

достатньо надійних методів лікування при остеохондрозі хребта, які зводять до мінімуму можливість рецидиву захворювання. Протягом всього цього життя виразковою хворобою страждає до 20% дорослого населення. Кожен рік в Україні на диспансерному обліку знаходиться більше 1 млн. хворих на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки. Це зумовлено дією несприятливих факторів зовнішнього середовища на організм людини, неадекватними методами їх лікування і профілактики. Виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки вражає людей у найбільш працездатному віці - від 20 до 50 років і є не тільки медичною, але й соціальною проблемою [3,4].

Літературні дані свідчать про те, що в останні роки велика увага приділяється етапному лікуванню та реабілітації пацієнтів на виразкову хворобу шлунку та дванадцятипалої кишки і набагато частіше діагностують остеохондроз хребта, при цьому істотне значення надається лікувальній фізичній культурі, лікувальному масажу, що є важливою складовою частиною реабілітаційних заходів на всіх етапах лікування.

**Мета** – удосконалити та науково обґрунтувати вплив лікувального масажу в комплексній реабілітації осіб з остеохондрозом хребта в поєднанні з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки в умовах санаторію.

**Завдання дослідження:**

1. Обґрунтувати методику лікувального масажу у хворих на виразкову хворобу 12-палої кишки в поєднанні з остеохондрозом хребта.
2. Перевірити ефективність запропонованої методики масажу при поєднаних патологіях.

**Хід дослідження та обговорення результатів.** Ми провели спостереження у 20 хворих віком від 30 до 45 років, з них 16 чоловіків і 4 жінки у яких діагностовано остеохондроз хребта та виразкова хвороба 12-палої кишки. Пацієнти були детально обстежені і проходили амбулаторне лікування у поліклінічному відділенні №1 м. Ужгорода. За даними опитування, 90,0% пацієнтів скаржилися на болі в поперековому і грудному відділах хребта,

обмеження рухливості хребта відзначали 70,0% хворих, голодні болі в епігастральній ділянці, які зменшуються або зникають після прийому їжі відзначали 60,0% осіб. Із них у 50% осіб відзначали іррадіацію болів в спину на рівні D<sub>5</sub> - D<sub>9</sub>. Крім болю пацієнти скаржились печію, нудоту, яку відзначали відповідно 70,0% хворих. Ці симптоми свідчать про порушення евакуації шлункового вмісту внаслідок тривалого спазму, порушення перистальтика і вираженого запального набряку пілоруса або цибулини дванадцятипалої кишки та рубцевих змін.

При проведенні лікувального масажу у пацієнтів з поєднанням остеохондрозу хребта з виразковою хворобою 12-палої кишки головним завданням було зниження тонусу напружених м'язів і збільшення скорочувальної здатності ослаблених м'язів хребта, збільшення рухливості хребта; нормалізація тонусу ЦНС та кортико-вісцеральних взаємовідносин, усунення або зменшення болю, нормалізація секреторної і моторної функції шлунку і кишечника, активізація крово- і лімфообігу, обмінних, трофічних процесів у шлунку і в дванадцятипалій кишці, зміцнення м'язів живота, трофічних і регенеративних процесів та усунення невралгічних проявів остеохондрозу.

При проведенні масажу спини використовували вихідне положення пацієнта - лежачи на животі. Враховуючи патологію травної системи масажні рухи були щадними в повільному темпі не викликаючи вираженої рефлексорної дії. Застосовували основні і допоміжні прийоми класичного масажу: погладжування, розтирання, розминання, вібрацію. Напрямок рухів – по масажних лініях від крижів і гребенів клубових кісток угору паралельно остистим відросткам хребців по найширшому м'язі спини до надключичних ямок, до пахви і вниз до пахових ділянок. Від верхньощийної ділянки рухи рук спрямовують до надключичних ямок і пахви. Починали масаж спини з поверхневого і глибокого погладжування двома руками або з обтяженням. Охоплюють погладжуванням також бічні поверхні тіла, зовнішні краї найширших м'язів. Розтирання поздовжнє, поперечне колове, зигзагоподібне,

двома руками, а також з обтяженням. Кінчиками пальців в циркулярних напрямках. і штрихування в ділянці остистих відростків, крижів, внутрішнього краю і кута лопатки. Розтирання ліктьовим краєм кисті руки або основою долоні паравертебральних зон, гребенів клубової кістки, найширших м'язів спини та трапецієвидних м'язів. Розтирання ліктьовим краєм кисті внутрішніх країв і кута лопатки, для чого руку пацієнта слід перемістити за спину. Розминання м'язів спини починали від потилиці в напрямку до плечей. Потім рух кистей рук до шиї і трапецієвидного м'язу на плечовий пояс. Розминання поздовжнє, поперечне обома руками найширших м'язів спини та трапецієподібних м'язів. Надавлювання основою долоні в ділянці паравертебральних зон, найширших м'язів спини. Щадним методом діяли на більш глибокої м'язи вздовж хребта, надаючи достатній тиск, рух кистей рук був направлений вздовж усього хребта, зміщуючи шкіру. На поперековій ділянці масажні рухи виконували обома руками від крижів і клубових гребенів у напрямку до пахових лімфатичних вузлів.

Подразнення від внутрішніх органів передається на спинномозкові сегменти. Взаємозв'язок між внутрішніми органами і сегментами спинномозкової інервації є основою для використання сполучнотканнинного масажу. Спостереження показали, що при захворюваннях травної системи відбуваються зміни в сполучній тканині, що проявляється в обмежені рухливості шкіри і підшкірної клітковини по відношенню до фасцій, а також болючість над цими зонами, при пальпації, щільність, набряк. Базуючись на клінічних спостереженнях в сполучній тканині, ми провели сполучнотканнинний масаж. . Сполучнотканнинний масаж застосовується при різних захворюваннях внутрішніх органів, а також при патології опорно-рухового апарату. Здійснюючи дію на патологічно змінену тканину в цих зонах, ми викликали відповідну реакцію з боку травної системи, яка виражається у збільшенні кровотоку і обміну речовин. Всі маніпуляції виконують по лінії Бенігофа.

Масаж при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки ввикористовували в стадії ремісії при відсутності болючості при пальпації і інших симптомів

загострення. При гіперсекреції і виразковій хворобі потрібно діяти на ділянку тулуба лише після усунення напруги на задній поверхні тіла, в першу чергу в максимальних точках на спині у хребта в ділянці сегментів D<sub>7</sub> – D<sub>8</sub> і у нижнього кута лопатки і в ділянці сегментів D<sub>4</sub> – D<sub>5</sub>. Якщо цього не дотримуватися, може наступити погіршення стану пацієнта. Метою його є дія на рефлекторні зони спини і грудної клітини, ділянку шийних симпатичних вузлів і шлунка, а саме на паравертебральні зони спинномозкових сегментів T<sub>9</sub> – T<sub>5</sub>, C<sub>3</sub> – C<sub>7</sub>.

При проведенні сполучнотканинний масажу дотримувались наступних правил:

а) в перші дні масажували паравертебрально місця виходів нервових корінців в ділянці спини (від куприка до шийного відділу хребетного стовпа);

б) оскільки при масажі впливали на тканини пошарово (шкіра, підшкірна сполучна тканина), у міру зняття напруги (болю) переходили до більш глибокого масажу;

в) при масажі напружених тканин сильне розтягування (зміщення) або тиск не застосовували;

Починали сполучнотканинний масаж зі спини (паравертебральні зони) - від крижів вгору до шийного відділу хребта, потім масажували нижні кінцівки, плечовий пояс. Починали зі здорових тканин з переходом на болючі. Масажні рухи пальцями були м'якими, без поштовхів, що сприяло заспокійливому впливу на масовану ділянку. І чим м'якше і поверхневіше виконуються рухи, тим більше виражений заспокійливий ефект. Використовували прийоми:

а) прийом подовжений штрих, який виконували долонними поверхнями двома руками із зсуванням і зміщенням масованих тканин, рухаючись по даному сегменту. Напрямок від крижів до шийного відділу вздовж паравертебральних ліній. При зміщенні масованих тканин спостерігається зсування «блока» ущільнення.

б) прийом короткий штрих виконували кінцевими фалангами III – IV пальців. На спині фіксували справа від хребта в I пальцем відповідний остистий відросток, а решта пальців (II по V), які розміщені на боковій аксиллярній лінії,

виконували рухи, що направлені до хребта. У конкретній лінії Бенігофа виконують по 7 – 8 рухів залежно від показань.

в) прийом довгий штрих виконували всією поверхнею I пальця, який відведений під прямим кутом до решти пальців (II – V). При цьому зусилля нарощували поступово. Виконували по лінії Бенігофа

Прийом «ролика-валика» полягає в тому, що перші пальці обох кистей знаходяться під кутом  $90^\circ$  до інших пальців (з II по V). Застосовують тільки на спині з урахуванням розташування лінії Бенігофа. Всі рухи спрямовані до хребетного стовпа. Загалом тривалість масажу 20 – 25 хвилин.

Масаж врівноважує основні нервові процеси в центральній нервовій системі, поліпшує нервово-гуморальну регуляцію травних процесів, покращує і нормалізує порушену хворобою функцію вегетативної нервової системи, діє знеболююче, заспокійливо, позитивно позначається на нервово-психічному стані хворого. Така комбінована методика масажу рефлекторно впливала на секреторну функцію органів травлення, змінювала тонус м'язів порожнистих органів. Залежно від застосованих прийомів масаж може підсилювати або послаблювати перистальтику шлунку та кишок, діяти спазмолітично або стимулююче і таким чином сприяти нормалізації видільної, рухової та евакуаторної функцій. Така методика сприяла активізації крово- і лімфо обіг в черевній порожнині, покращувала мікроциркуляцію, обмінні і трофічні процеси в стінці шлунку і кишок, що зменшує запалення і позитивно впливає на процес загоєння виразок.

Після проведеного курсу масажу, який тривав 15 процедур, поряд із покращенням клінічної картини, відзначається зменшення середніх показників інтенсивності болю зменшилися з  $4,26 \pm 0,54$  до  $1,17 \pm 0,40$  балів. Також відзначається позитивна динаміка показників гнучкості хребта при розгинанні тулуба із вихідного положення лежачи на животі. Середнє значення гнучкості хребта після курсу масажу збільшилися на  $45,3 \pm 6,1^\circ$  в порівнянні з початковим станом.