

ЛІКУВАЛЬНИЙ МАСАЖ ДЛЯ ХВОРИХ З ЗАХВОРЮВАННЯМ КИШКІВНИКА ТА ВИРАЖЕНИМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА В УМОВАХ ПОЛІКЛІНІКИ

Філак Я. Ф.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Анотація. Обстежено 30 хворих на остеохондроз хребта в поєднанні з заворюванням на хронічний коліт з гіпомоторним синдромом. Доведена ефективність щодо застосування методики лікувального масажу, який спрямований на покращання клінічних показників, моторної функції товстої кишки, нормалізацію амплітуди рухів хребта.

Ключові слова: остеохондроз хребта, хронічний коліт з гіпомоторним синдромом, лікувальний масаж, амплітуда рухів.

Abstract. 30 patients with osteochondrosis of the spine in combination with chronic colitis with hypomotor syndrome were examined. The efficiency of the method of therapeutic massage, which is aimed at improving clinical performance, motor function of the colon, normalization of the amplitude of spinal movements.

Key words: osteochondrosis of the spine, chronic colitis with hypomotor syndrome, therapeutic massage, range of motion.

Вступ. В останній час у всьому світі відмічається прогресуюче зростання хвороб кишківника у зв'язку з урбанізацією життя, гіпокінезією, а також з такими негативними соціально обумовленими явищами, як неадекватне, незбалансоване харчування, алкоголізм, паління, Хронічні запальні захворювання кишківника, часто виникають у людей найбільш працездатного віку і за даними різних авторів, складають від 30% до 70% в структурі патології гастроентерологічного профілю, викликають тривалу тимчасову непрацездатність і розглядаються сьогодні в аспекті ризику виникнення колоректального раку. Значний відсоток зростання новоутворень товстої кишки, які вражають щорічно до 800 тис. чоловік у всьому світі, а також збільшення смертності від них більш ніж в половині випадків, ставить цю патологію в ряд найважливіших медичних і соціальних проблем. Порушення діяльності окремих частин шлунково-кишкового тракту спочатку зазвичай функціональні та зворотні. У міру прогресу хвороби до функціональних

порушень приєднуються морфологічні зміни, які надалі стають незворотними. При захворюванні травної системи спостерігаються зміни рухової, секреторної та всмоктувальної функцій. Патологічні процеси шлунково-кишкового тракту знаходяться в тісному взаємозв'язку між собою та обумовлені порушенням нервової регуляції. Хронічний коліт з гіпомоторним синдромом - одне з найбільш часто зустрічаються захворювань системи травлення. Однак у більшості пацієнтів з захворюванням кишечника діагностується остеохондроз хребта в активній стадії, який посилює патологічний перебіг комбінованого захворювання [2, 3, 5].

За даними ряду науковців, зокрема остеохондрозом поперекового відділу хребта страждають біля 80,0% дорослого населення, а поширеність в індустріально розвинених країнах становить до 90%. Захворювання, обумовлене багатьма чинниками. Воно містить у собі три основних патологічних процеси: дегенеративні хрящові і кісткові розростання, деформуючий спондиліоз, пролапс дисків, а потім утворення кил в міжхребцевих дисках. Про те, що люди страждали від болю в спині в усі часи, свідчать стародавні рукописи, малюнки і результати досліджень стародавніх поховань. В наш час страждають остеохондрозом практично всі, вся нація і навіть діти, особливо поперековим відділом хребта. З кожним роком збільшується кількість хворих з утворенням кил не лише поперекового відділу хребта, але і шийного. Причини – це щоденні надмірні навантаження на хребет, малорухливий спосіб життя, комп'ютер, стреси. Тому використання засобів фізичної реабілітації є актуальним у відновному лікуванні даної категорії хворих [1, 4, 6].

Важчим є перебіг остеохондрозу хребта, якщо він поєднується з захворюваннями кишечника. При поєднаній патології, загострення запального процесу спинномозкових нервів при остеохондрозі поперекового відділу хребта посилює порушення моторної, секреторної і евакуаторної функцій кишечника. Тому в останні роки велика увага приділяється реабілітації пацієнтів на хронічний коліт з гіпомоторним синдромом у яких також діагностовано виражений остеохондроз поперекового відділу хребта, при цьому важливе значення надається лікувальній гімнастиці, лікувальному масажу, що є

важливою складовою частиною реабілітаційних заходів на всіх етапах лікування.

Мета – удосконалити та науково обґрунтувати вплив лікувального масажу в комплексній реабілітації хворих з вираженим остеохондрозом поперекового відділу хребта в поєднанні з хронічним колітом з гіпомоторним синдромом в умовах поліклініки.

Завдання дослідження:

1. Обґрунтувати методику лікувального масажу у хворих на хронічний коліт в поєднанні з остеохондрозом поперекового відділу хребта.
2. Перевірити ефективність запропонованої методики масажу при поєднаних патологіях.

Хід дослідження та обговорення результатів. Дослідження проведені у 30 хворих віком від 40 до 50 років, з них 14 чоловіків і 16 жінок у яких діагностовано хронічний коліт з гіпомоторним синдромом у поєднанні з остеохондрозом поперекового відділу хребта. Пацієнти були детально обстежені і проходили амбулаторне лікування у поліклінічному відділенні №2 м. Ужгорода. За даними опитування практично всі хворі з поєднаною патологією скаржилися на відчуття важкості в епігастрії, ниючий біль в ділянці сигмовидної кишки, із них у 50% осіб відзначали іррадіацію болів в спину на рівні D₈ - D₁₂ - L₂. Болі в поперековому відділі хребта, які посилювалися при ходьбі відзначали 90,0% хворих. Обмеження рухливості хребта відзначали відповідно 80,0% пацієнтів. Здуття живота, бурчання по ходу кишківника відзначали відповідно 80,0% і 70,0% хворих. Закрепи, дратівливість, емоційну нестійкість виявляли у 60,0% і 80,0% пацієнтів. Ці симптоми свідчать про порушення евакуації шлункового вмісту, порушення перистальтики шлунково-кишкового тракту. При пальпації у 80,0% хворих відзначається болочість по ходу товстої кишки особливо в ділянці сигмовидної кишки, а також в ділянці спинномозкових сегментів D10 – L2, що відповідно до сегментарної будови інервують товсту кишку.

Для вивчення стану моторної функції товстої кишки і оцінки ефективності реабілітаційних заходів проведена реєстрація міоелектричної активності сліпої та сигмовидної кишок методом електроколонографії за

методикою А.М. Ногаллера, Т.К. Аверіної. Запис електроколонографії проводився зранку. Обробка даних проводилася за Я.С.Цімерманом. При цьому визначалась середня частота і амплітуда тонічних хвиль електроколонографії за допомогою лінійки-нормограми. Порівнювалась фонова міоелектрична активність товстої кишки та її зміни на початку і в кінці курсу лікування. В нормі вольтаж зубців на електроколограмі складав 0,12 – 0,14 мВ для сліпої кишки та 0,22 – 0,24 мВ – для сигмовидної. При дослідженні стану моторної функції кишківника натще у хворих з поєднаною патологією у 27 (90,0%) обстежених відзначалось зниження міоелектричної активності сліпої та сигмовидної кишок. Найбільш характерні були низькоамплітудні тонічні і перистальтичні коливання сигмовидної кишки на фоні підвищення частоти її тонічних скорочень. Це гіпотонічний-тахіритмічний тип моторики товстої кишки.

При проведенні лікувального масажу у пацієнтів з поєднанням хронічного коліту з гіпомоторним синдромом та остеохондрозу поперекового відділу хребта головним завданням було усунення або зменшення болю по ходу кишківника і поперека, нормалізація секреторної і моторної функції шлунку і кишківника, активізація крово- і лімфообігу, обмінних, трофічних процесів травної системи, зміцнення м'язів живота, збільшення рухливості хребта, зниження тонусу напружених м'язів і збільшення скорочувальної здатності ослаблених м'язів хребта, а також вплив на спинномозкові нерви, які забезпечують іннервацію кишківника. Застосовували класичний і сегментарно-рефлекторний масаж, який призначали при стиханні загострення

В основі механізму дії класичного масажу лежить стимулюючий вплив прийомів погладжування, розтирання, розминання, особливо вібрації, які спричиняють підвищення тонусу моторної функції кишківника, поліпшення крово- і лимфообігу органів травлення.

Починали масаж спини з поверхневого погладжування, яке поступово переходить у площинне глибоке і охоплююче погладжування двома руками або з обтяженням бічних поверхнь тіла. Розтирання прямолінійне, поперечне колове, зигзагоподібне, двома руками, а також з обтяженням з поступовим підвищенням тиску на масуючу поверхню. Розтирання ліктьовим краєм кисті

від внутрішніх країв і кутів лопатки до крижів паравертебрально. Пиляння м'язів спини, пересічення зовнішніх країв найширших м'язів спини і бокових поверхонь тулуба, потім дія на нижньогрудні, поперекові, крижові спинномозкові сегменти першим і другим прийомами сверління. Розминання поздовжнє, поперечне обома руками найширших м'язів спини та трапецієподібних м'язів. На поперековій ділянці масажні рухи виконували обома руками від крижів і клубових гребенів у напрямку до пахових лімфатичних вузлів. Надавлювання основою долоні в ділянці паравертебральних зон, найширших м'язів спини. Також енергійно використовували прийоми вібрації: безперервну та уривчасту, стрясання спини і таза.

Сегментарно-рефлекторний масаж передбачає впливи на рефлекторні зони шкірної поверхні тіла, а не на хворий орган, тобто побічно впливаючи на механізми патогенезу. При впливі спеціальними масажними прийомами на сегменти спинного мозку виникають так звані шкірно-вісцеральні (внутрішні) рефлекси, що викликають зміни діяльності внутрішніх органів і кровообігу в них. Дія на паравертебральні точки: розвести вказівний і середній пальці в сторони і розмістити по обидва боки хребта під кутом 30°, роблячи розминаючі рухи, ковзали пальцями уздовж хребта від потилиці, до крижового відділу хребта. Для більш глибокої дії на м'язи вздовж хребта долоні обидвох рук ставили на ділянку спини так, щоб пальці знаходилися під прямим кутом до великого пальця. Потім, надаючи достатній тиск, рухались вздовж усього хребта, зміщуючи шкіру. Відповідна реакція на нього залежить від інтенсивності, тривалості, площі і місця впливу, а також від функціонального стану організму. Масажуючи відповідні паравертебральні зони ми впливали на моторну, евакуаторну функцію кишківника. Масажували паравертебральні зони спинномозкових сегментів L₂ - D₁₂ - D₅, рефлексогенні зони тулуба, товстої кишки. Добрим доповненням рефлекторного впливу на кишечник при хронічних колітах є загальний масаж всієї підошви. При цьому особливо ретельно масажують проєкційні зони кишечника. Тривалість масажу 25-30 хвилин, на курс 15 процедур.

Масаж товстої кишки починали в правій клубовій ділянці знизу вгору по висхідній клубовій кишці до правого підребер'я, потім по поперековій до лівого підребер'я і по низхідній клубовій кишці до лівої клубової ділянки. Застосовують прийоми поверхневого погладжування, кругове і спіралеподібне розтирання кінчиками пальців і кистю руки з обтяженням, ніжні натискування, штрихування, переривчасту і безперервну вібрацію кінцями пальців, потрушування і підштовхування окремих відділів товстої кишки. Рухи виконували м'яко, ритмічно, не завдаючи болю. Закінчували масаж прийомами ніжного колового прогладжування за годинниковою стрілкою.

Після проведеного курсу лікувального масажу відзначається позитивна динаміка клінічних показників. Найбільш виразними є зменшення больового симптому в ділянці сигмовидної кишки, яке після курсу масажу відзначали 30,0% пацієнтів, здуття живота виявляли лише у 20,0% хворих. Болі, обмеження рухливості хребта відзначали лише 13,3% пацієнтів. Закрепи після реабіліційного масажу відзначали лише 16,6% пацієнтів. Емоційна нестійкість вегетативної нервової системи, дратівливість зникла або зменшилася у 23,3% хворих. Болючість при пальпації по ходу кишечника відзначали 26,6% пацієнтів.

У пацієнтів з поєднаною патологією після проведеного лікувального масажу підвищилися показники частоти тонічних хвиль сліпої (з $0,46 \pm 0,02$ до $0,59 \pm 0,03$ мВ) та сигмовидної (з $0,48 \pm 0,01$ до $0,64 \pm 0,03$ мВ) кишок. Відзначається також достовірне підвищення показників амплітуди тонічних хвиль сліпої (з $0,16 \pm 0,01$ до $0,22 \pm 0,007$ мВ) та сигмовидної (з $0,18 \pm 0,007$ до $0,23 \pm 0,02$ мВ) кишок.

Висновки:

1. Проведені дослідження показали, що у більшості хворих на хронічний коліт, у яких діагностований остеохондроз поперекового відділу хребта, найбільш характерними були болі в ділянці сигмо видної кишки з іррадіацією в спину на рівні L₂ - D₈ - D₁₂, болі, обмеження рухливості в поперековому відділі хребта, знижена моторна функція товстої кишки, знижений тонус м'язів черевного пресу.

2. Застосування комбінованої методики лікувального масажу при поєднанні хронічного коліту з гіпомоторним синдромом та остеохондрозом поперекового відділу хребта є ефективним методом, що зменшує тривалість перебування пацієнтів на амбулаторному лікуванні.

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

Література.

1. Данилов И.М. Остеохондроз для профессионального пациента. – К.: Аллатра, 2013. – 416 с.

2. Григор'єв П.Я та ін. Хвороби органів травлення (діагностика і лікування): Б-ка практичного лікаря. Суттєві питання внутрішньої медицини / П. Я. Григор'єв, Є. М. Стародуб, Є. П. Яковенко, М. Є. Гаврилюк, С. Є. Шостак. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 448 с.

3. Пешкова О.В. Фізична реабілітація при захворюваннях внутрішніх органів / О.В. Пешкова. - Харків: СПДФО Бровін О.В., 2011.-312 с.

4. 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.

5. Серебряна Л.А. Реабилитация больных с патологией органов пищеварения. – К.: Здоровья, 1989. – 208с.

6. Чабаненко С. Н. Массаж при заболеваниях органов пищеварения / С.Н. Чабаненко. – М. : Вече, 2004. – 176 с.