

## ЗАСТОСУВАННЯ СУ-ДЖОК ТЕРАПІЇ І МАНУАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ І-ІІ СТУПЕНЮ НА ФОНІ ОСТЕОХОНДРОЗУ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Галина Брелюс

*Харківська державна академія фізичної культури, Україна*

**Анотація.** Наведено результати реабілітації хворих гіпертонічною хворобою в I та II стадії захворювання, що протікає на тлі остеохондрозу шийного відділу хребта. Представлено спосіб раціонального поєднання мануальної терапії шийно-грудного відділу хребта з Су-Джок терапією.

**Ключові слова:** гіпертонічна хвороба, остеохондроз шийного відділу хребта, мануальна терапія, су-джок терапія

**Abstract.** The results of the rehabilitation of patients with hypertensive disease in the I and II stages of the disease, which occurs against the background of osteochondrosis of the cervical spine, are presented. The method of rational combination of manual therapy of the cervical and thoracic spine with Su-Jok therapy is presented.

**Key words:** hypertension, osteochondrosis of the cervical spine, manual therapy, su-jock therapy

**Вступ.** За статистичними даними МОЗ України гіпертонічна хвороба уражує 30% людей, що живуть у містах і 36% жителів сільської місцевості. Усього в нашій країні у 2020 році на обліку в закладах охорони здоров'я знаходилось 11,8 млн. хворих на артеріальну гіпертонію [3, 8]. Гіпертонічна хвороба в осіб, молодше 45 років, протікає часто безсимптомно, але з раннім залученням в патологічний процес органів-мішеней, які мають пряме відношення до серцево-судинної системи в цілому, що визначає ранній розвиток ускладнень і згодом - несприятливий результат захворювання. [1, 6].

У більшості випадків гіпертонічна хвороба розвивається і формується як захворювання у віці від 25 до 43 років. Саме в цьому віці виявляються перші симптоми шийного остеохондрозу хребта [4].

Було помічено, що гіпертонічна хвороба протікає найагресивніше з вираженою клінічною симптоматикою в молодому віці (до 35 років) на фоні остеохондрозу шийного відділу хребта. І, що цікаво, ступінь його виразності на

ранніх етапах захворювання не відіграє суттєвої ролі [5. 7] На даному етапі розвитку цих двох захворювань (артеріальної гіпертонії та остеохондрозу шийного відділу хребта) особливо вдалимими методами безмедикаментозної терапії є мануальна терапія та рефлексотерапія, в даному випадку це Су-джок терапія. [1, 4].

Мануальна терапія дозволяє відновити анатомічну природну форму шийного відділу хребта та збільшити (повернути) обсяг фізіологічної рухливості цього відділу хребта [5].

Су-Джок терапія, у свою чергу, дозволяє адаптувати відновлення функції м'язових груп шиї та плечового пояса з придушенням больового синдрому в зонах нейродистрофічних змін. При цьому вдається відновити механізми вегетативної регуляції мозкового кровообігу, забезпечуючи необхідний рівень артеріального тиску [1].

**Мета дослідження:** оцінити ефективність комплексного лікування із застосуванням методів Су-джок та мануальної терапії у хворих на гіпертонічну хворобу в I та II стадії захворювання, що розвивається на тлі остеохондрозу шийного відділу хребта.

**Матеріали і методи дослідження.** Нами проведено комплексне дослідження 62 хворих на гіпертонічну хворобу в I та II стадіях захворювання у віці від 25 до 52 років (43 жінки та 19 чоловіків). Було сформовано 2 групи спостереження хворих, у кожній з яких були виділені хворі з 1 і 2 ступенем артеріальної гіпертонії (АГ). Всі хворі отримували мануальну терапію у поєднанні з Су-джок терапією, що складається з магніто, моксо-терапії зон відповідності та насіння-терапії.

До групи порівняння увійшли 60 хворих на гіпертонічну хворобу у I та II стадії захворювання (30 чоловіків та 30 жінок), які отримували традиційне медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування в умовах того ж денного стаціонару та поліклініки м. Харкова. Хворих на гіпертонічну хворобу I стадії захворювання було 30 осіб. Хворих з I ступенем АГ було 17 осіб, хворих з II ступенем АГ було 13 осіб. Хворих у II стадії захворювання теж було 30 осіб. З них хворих із I ступенем АГ було 11 осіб, хворих із II ступенем АГ було 19.

Всі хворі були рандомізовані за статтю, віком і тривалістю захворювання, а також за рівнем основних показників АГ до лікування. Загальна тривалість

захворювання з моменту встановлення діагнозу широко варіювала: від двох до десяти років і у середньому становила  $6+1,2$  роки.

В основну групу спостереження увійшли 39 хворих на гіпертонічну хворобу в I стадії захворювання у віці  $31,5 +1,6$  років, з числа яких хворих з I ступенем АГ - 17 осіб і хворих із II ступенем АГ – 22 особи. Показники АГ у хворих на гіпертонічну хворобу цієї групи вагалися в середньому в межах: систолічний АГ (САГ) –  $142,5+3,7$  мм рт. ст. і діастолічний АГ (ДАТ) -  $89,5 +2,3$  мм рт. ст. Основними клінічними симптомами захворювання в цій групі хворих були: головний біль, біль в шиї та потилиці, особливо після нічного сну; періодичні запаморочення, погіршення сну, швидка стомлюваність, періодичні болі в області серця, епізодичні напади серцебиття, зниження працездатності та загального життєвого тону.

У другу групу спостереження були включені 23 хворих у II стадії захворювання у віці, в середньому  $49,5+4$  роки та стажем захворювання до 10 років, з числа яких хворих з I ступенем АГ – 9 осіб та хворих з II ступенем АГ – 14 осіб. До лікування АГ у хворих цієї групи був стійко підвищеним та відповідав у середньому: САГ  $157,5+6,8$  мм рт. ст. та ДАТ  $97,5+4,2$  мм рт. ст.

Обстеження хворих на гіпертонічну хворобу проводилося за програмою, до якої увійшли: загальноприйняте клінічне обстеження, спеціальне анкетування за програмою обстеження хворих із серцево-судинними захворюваннями, щоденний триразовий моніторинг артеріального тиску.

З метою виявлення ступеня дегенеративно-дистрофічних змін у диско-verteбральних зчленуваннях шийного відділу хребта, всім хворим проводилося магнітно-резонансне або рентгенологічне дослідження шийного відділу хребта, а також ультразвукова доплерографія магістральних судин голови та шиї зі спеціальним дослідженням кровотоку у verteбральних артеріях шляхом доплерографії з застосуванням манжетної проби.

Клінічно значущий шийний остеохондроз хребта в I та II стадії захворювання був виявлений практично у всіх обстежених хворих на артеріальну гіпертонію, які були відібрані у групи дослідження. Клінічна картина у хворих на гіпертонічну хворобу з остеохондрозом шийного відділу хребта виявлялася наступними синдромами: кохлеовестибулярним синдромом (67,7%), який виявлявся системним та позиційним запамороченням (48,4%),

періодично виникаючим станом нестійкості, відчуттям шуму в голові, дзвони у вухах; синдромом порушення венозного кровообігу (70,9%) у вигляді дифузного головного болю, що іррадіює в ретроорбітальну ділянку з двох сторін, відчуття тяжкості в голові в ранковий час, набрякlostі повік і пастозності обличчя вранці; рефлекторним варіантом вегетативного синдрому хребетної артерії з характерною клінічною симптоматикою; головного болю, запаморочення, постуральної нестійкості з відчуттям шуму в голові, загальною слабкістю, кардіалгічним синдромом, зниженням розумової працездатності, різким зниженням оперативної пам'яті та уваги.

Виявлено певну залежність ступеня виразності місцевих больових синдромів. у шийно-плечовій зоні від віку пацієнтів У 74,2% хворих до 35 років виявлено м'язово-дистрофічні зміни у м'язах шиї та плечового поясу. Ці зміни виявлялися пальпаторно у вигляді поліморфних внутрішньо-м'язових ущільнень, болючих при пресації.

У хворих, старших тридцяти п'яти років відзначалися полісиндромні зміни, які виявлялися з двох сторін і завжди поєднувалися з більш або менш фіксованим кохлеовестибулярним синдромом або вегетативним синдромом вертебральної артерії. На МРТ та рентгенограмах шийного відділу хребта виявлялись ознаки унковертебрального артрозу, нестабільності сегментів С<sub>4</sub>-С<sub>5</sub>, С<sub>5</sub>-С<sub>6</sub>, випрямлення шийного лордозу, виражений сколіоз, нерівномірне зниження висоти міжхребцевих дисків, фокальний спондилоартроз та інші ознаки дистрофії хребта.

У 66,1% хворих на гіпертонічну хворобу цієї групи були ознаки помірно виражених супутніх захворювань, серед яких в основному зустрічалися хвороби серцево-судинної системи (58,1%), органів травлення (35,5%), опорно-рухового апарату (30,6%), дихальної системи (19,4%) та ін. Хворих цієї групи турбували: часті метеотропні головні болі, болі в потиличній області та області шиї, шум у вухах, зорові розлади, періодичні болі в області серця, серцебиття, поганий сон, задишка при фізичному навантаженні, зниження працездатності, швидка втома.

Лікування хворих проводилося методом поєднання комплексної Су-джок терапії один раз на день, у середньому на курс 15 сеансів Су-джок терапії з чередування 10 сеансів мануальної терапії. Рецепт Су-джок терапії підбирався

індивідуально, Застосовувались прогрівання активних точок мінімоксами по пролонгованим меридіанам F-E (тонкого кишківника-серця), I-Y (головного - спинного мозку), H-C (нирок-сечового міхура); магнітні стрілки – гальмування меридіанів F-E (тонкого кишківника-серця), та насіннятерапія на зони активних точок, які визначались протягом кожного сеансу.

У наших спостереженнях, в більшості випадків, поєднання мануальної терапії та Су-джок терапії супроводжувалося швидким зниженням показників АТ. Можна вважати, що його стабілізація на цільовому рівні відбувалася не тільки за рахунок мануальної терапії, а й за рахунок поєднання Су-джок терапії, що значно покращувало загальне самопочуття хворих, стабілізувало показники. З метою закріплення отриманого лікувального ефекту та профілактики рецидиву епізодичного підвищення АТ всім хворим у другій фазі лікування проводилась насіння терапія.

Хворі навчалися основам насіннятерапії та впливу на зони відповідності насіння не тільки, як масажера природного походження, а й енергетичної підтримки біологічно активних точок. Хворі фіксували на добу насіння яблука, груші, проса на зони відповідності серцю, спинному мозку, печінці. Протягом дня проводили інтенсивне натискання на насіння до неприємних відчуттів 10-20 раз 4-6 разів на день з інтервалом 1,5-2 години.

Контроль за станом хворих здійснювався лікарем перші 3 сеанси лікування через день, а потім раз на 5 днів. Раз на 5 днів проводили корекцію розташування насіння з урахуванням динаміки захворювання та корекції супутніх симптомів. Загальна тривалість насіннятерапії становила, в середньому, 20-35 днів, кількість сеансів лікування – 10-15.

**Хід дослідження та обговорення результатів.** Лікування хворих на гіпертонічну хворобу з остеохондрозом шийного відділу хребта за такою комплексно методикою виявилось досить ефективним. У всіх хворих у I стадії захворювання було відзначено значне зниження клінічних симптомів захворювання, зменшення частоти проявів або зникнення пароксизмальних вегетативних синдромів, зниження показників систолічного АТ до цільового рівня та зниження вегетативної лабільності пульсу вже після 2-3 сеансів лікування (2 сеансу мануальної терапії та 3-4 сеанси Су-джок терапії), зниження показників АТ на цільовому рівні зазвичай відбувалися лише після 5–

6 сеансів лікування.

Слід особливо відзначити, що в абсолютної більшості обстежуваних хворих в I стадії захворювання (71,8%) до кінця 1-го курсу лікування (15 сеансів лікування) відзначалася стабілізація основних показників АТ на цільовому рівні при відміні вазоактивних фармакологічних препаратів, якщо такі застосовувалися до лікування протягом 6-9 місяців. У хворих у II стадії захворювання стабілізації показників АТ вдалося досягти лише у 17,4% випадків, поєднуючи курс такої ж мануальної та Су-джок терапії на тлі зниження дози раніше пролонгованих гіпотензивних засобів 1 раз на день.

Контроль показників АТ та динаміки клінічної симптоматики після лікування проводився в кілька етапів: через 1 місяць після виписки зі стаціонару, через 3 місяці, через 6 місяців і через 1 рік після 1-3 курсів комплексного застосування су-джок терапії та мануальної терапії.

У групі хворих на гіпертонічну хворобу у I стадії захворювання систолічний артеріальний тиск знизився, в середньому, з  $142,5 \pm 3,7$  до  $120,5 \pm 3,1$  мм рт. ст., що склало 15,4%, а діастолічний артеріальний тиск - з  $89,5 \pm 2,3$  до  $81,5 \pm 2,1$  мм рт. ст., що становить 8%.

У хворих на гіпертонічну хворобу у першій групі досягнуті показники АТ утримувалися протягом всього періоду спостереження. При цьому всі показники АТ, без проміжних підвищень, відзначено у 76,96% хворих. Проміжне, короткочасне підвищення рівня АТ зазначалося у 23,1% пацієнтів.

У другій групі хворих на гіпертонічну хворобу також відбулося зниження показників систолічного АТ та діастолічного АТ до цільового рівня, але не у всіх хворих, а у 21,7%, і то тимчасово (на 3-5 днів), з постійним підвищенням показників АТ до 70-80% від вихідних показників.

Але у цих хворих не спостерігалися судинні кризи та практично зникли головні болі та болі в області шиї та потилиці.

У хворих у II стадії захворювання протягом усього періоду спостереження стабілізація показників АТ на цільовому рівні відзначено у 65,2%. Протягом перших 3-х місяців у 52,2% хворих цієї групи реєструвалося оптимальні показники АТ, без періодичних фіксованих у часі підвищення його рівня. Проміжне епізодичне підвищення артеріального тиску було відзначено у 43,5% хворих. Через 6 місяців спостереження показники АТ на цільовому рівні

відзначені у 39,2% хворих. Епізоди підвищення АТ - у 56,5% хворих. Через 9 місяців після проведеного курсу комплексного лікування за нашою методикою цільовий рівень АТ зберігся лише у 26,1% хворих. Слід зазначити, що це хворі у процесі проведення курсу мануальної та Су-джок терапії відчували себе комфортно, ускладнень не відзначено.

З перших сеансів лікування наставало поліпшення загального самопочуття, зменшення тривожності, поліпшення сну, фізичної працездатності та ін. У хворих в I стадії захворювання лікування було ефективним за наступними клінічними симптомами: запаморочення, біль у серці, серцебиття, задишка, набряки, метеотропність, погіршення показників пам'яті та уваги. У хворих у II стадії захворювання зменшилися клінічні прояви захворювання за наступними симптомами: головний біль, запаморочення.

**Висновки.** Проведене дослідження показало, що всі методи, які ми використовуємо в лікуванні хворих (су-джок терапія, мануальна терапія) виявилися ефективними, але не рівнозначними по кінцевому результату в лікуванні хворих на гіпертонічну хворобу у I та II стадіях захворювання на тлі остеохондрозу шийного відділу хребта.

Лікування хворих на гіпертонічну хворобу методами тільки су-джок терапії в цілому дозволяє знизити показники АТ до цільового рівня на короткий термін (від декількох тижнів до 1,5 місяця), але для цього необхідно провести 2-3 курси лікування з інтервалом між ними 12-15 днів. Зазвичай Су-джок терапія вже до 7-го сеансу першого курсу лікування дозволяє купірувати до 67% основних клінічних симптомів захворювання.

Насіння-терапія, будучи різновидом Су-джок терапії, дозволяє усунути не тільки більшість попутних вторинних симптомів захворювання на етапі завершення курсового лікування, але й утримує показники АТ на цільовому рівні після виписки хворого зі стаціонару, що є, певною мірою, профілактикою рецидиву частини клінічної симптоматики та підвищення артеріального тиску вище за цільовий рівень.

Можна вважати, що саме мануальна терапія сприяє швидшому одержанню клінічного ефекту у формі не тільки зниження артеріального тиску, а й стабілізації його на цільовому рівні, що веде до подовження термінів ремісії на значний проміжок часу (від 3 до 6 місяців).

Проведене дослідження хворих на гіпертонічну хворобу у ранній стадії розвитку захворювання показало, що поєднання мануальної терапії з Су-джок терапією у 82,3% дозволяє у найкоротші терміни отримати відчутний клінічний ефект у вигляді зниження показників АТ до цільового рівня та зменшити більшість клінічних симптомів захворювання. При цьому часто вдавалося знизити дозу фармакологічних препаратів, а багатьох хворих в І стадії захворювання визволити від необхідності щоденного прийому фармакологічних гіпотензивних засобів.

### Література

1. Брелюс Г.М. Основи Су-Джок терапії — Дніпро 2019, — 138 с.
2. Горбась І.М. Епідеміологія основних факторів ризику серцево-судинних захворювань // Артеріальна гіпертензія. — 2008. — № 2 (2). — С. 13-18.
3. Горбась І.М., Смирнова О.О., Кваша І.П., Дорогой А.П. Оцінка ефективності «Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні» за даними епідеміологічних досліджень // Артеріальна гіпертензія. - 2010. - № 6(14). - С. 51-67
4. Єфименко П. Б. Техніка та методика класичного масажу: [навч. посібник]. Харків: ОВС, 2007. 216 с.
5. Коваленко О.Є., Мачерет Є.Л, Коркушко О.О., Ляпко М.Г. Рефлексотерапія: реалії та перспективи застосування в системі медичної реабілітації хворих // Український неврологічний альманах. 2011. № 2. С. 35-38.
6. Проект робочих груп Асоціації кардіологів України з невідкладної кардіології та артеріальної гіпертензії. Гіпертензивні кризи // Артеріальна гіпертензія, 2011, №3, С. 64-95.
7. Свіщенко Є.П Виявлення та лікування артеріальної гіпертензії в Україні: реальність та перспективи // Український кардіологічний журнал. - 2010. — Додаток 1. — С. 13-15.
8. Сіренко Ю.М. Виконання Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні (1999–2007 роки) // Артеріальна гіпертензія. — 2008. — № 2 (2). — С. 83-88.
9. Яроцкая Э.П. Рефлексотерапия заболеваний внутренних органов. Харьков. 1994. -158с.



## References

1. Breljus H.M. Osnovy Su-Dzhok terapii. Dnipro 2019. 138 s.
2. Horbas I.M. Epidemiolohiia osnovnykh faktoriv ryzyku sertsevo-sudynnykh zakhvoriuvan // Arteryalnaia hipertenzyia. 2008. № 2 (2). S. 13-18.
3. Horbas I.M., Smyrnova O.O., Kvasha I.P., Dorohoi A.P. Otsinka efektyvnosti «Prohramy profilaktyky i likuvannia arterialnoi hipertenzii v Ukraini» za danymy epidemiolohichnykh doslidzhen // Arteryalnaia hipertenzyia. 2010. № 6(14). S. 51-67
4. Iefymenko P. B. Tekhnika ta metodyka klasychnoho masazhu: [navch. posibnyk]. Kharkiv: OVS, 2007. 216 s.
5. Kovalenko O.Ie., Macheret Ye.L, Korkushko O.O., Liapko M.H. Refleksoterapiia: realii ta perspektyvy zastosuvannia v systemi medychnoi reabilitatsii khvorykh // Ukrainskyi nevrolohichnyi almanakh. 2011. № 2. S. 35-38.
6. Proekt robochykh hrup Asotsiatsii kardiologiv Ukrainy z nevidkladnoi kardiologii ta arterialnoi hipertenzii. Hipertenzyvni kryzy // Arteryalnaia hipertenzyia, 2011, №3, S. 64-95.
7. Svishchenko Ye.P Vyiavlennia ta likuvannia arterialnoi hipertenzii v Ukraini: realnist ta perspektyvy // Ukrainskyi kardiologichnyi zhurnal. 2010. Dodatok 1. S. 13-15.
8. Sirenko Yu.M. Vykonannia Prohramy profilaktyky i likuvannia arterialnoi hipertenzii v Ukraini (1999–2007 roky) // Arteryalnaia hipertenzyia. 2008. № 2 (2). S. 83-88.
9. Iarotskaia Э.Р. Refleksoterapiia zabolevani vnutrennykh orhanov. Kharkov. 1994. -158 s.

### ***Відомості про автора***

***Брелюс Галина Михайлівна:*** старший викладач; Харківська державна академія фізичної культури.