

15. Rosamond W. *Heart Disease and Stroke Statistics – 2007 Update* / W. Rosamond, K. Flegal, G. Friday // *Circulation*. – 2007. – Vol. 115. – P. e69-e171.

16. Thackray S. *Clinical trials update: OPTI MESH, PRAISE2, ALLHAT* / S. Thackray, K. Witte, A.L. Clark, J.G. Cleland // *Eur. J. Heart. Fail.* – 2000. – Vol. 2 (2). – P. 209-212.

Резюме

Іманова Н.І. *Терапія артеріальної гіпертензії у хворих з хронічною серцевою недостатністю.*

Хронічна серцева недостатність - складний симптомокомплекс з характерними симптомами та ознаками, багато в чому обумовлений дисфункцією лівого шлуночка. Він може розвинути внаслідок різних захворювань серцево-судинної системи, але артеріальна гіпертензія - лідируючий фактор його виникнення. Тому, одним з основних завдань сучасної кардіології є попередження розвитку хронічної серцевої недостатності у пацієнтів з артеріальною гіпертензією, що безпосередньо пов'язано з прийомом антигіпертензивних препаратів.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, хронічна серцева недостатність, діуретики, бета-блокатори, медикаментозна терапія.

Резюме

Иманова Н.И. *Терапия артериальной гипертензии у больных с хронической сердечной недостаточностью.*

Хроническая сердечная недостаточность – сложный симптомокомплекс с характерными симптомами и признаками, во многом обусловленный дисфункцией левого желудочка. Он может развиваться в результате различных заболеваний сердечно-сосудистой системы, но артериальная гипертензия – лидирующий фактор его возникновения. Поэтому, одной из основных задач современной кардиологии является предупреждение развития хронической сердечной недостаточности у пациентов с артериальной гипертензией, что непосредственно связано с приемом антигипертензивной терапии.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность, диуретики, бета-блокаторы, медикаментозная терапия.

Summary

Imanova N.I. *Treatment of hypertension in patients with chronic heart failure.*

Congestive heart failure - a complex of symptoms with typical symptoms and signs, largely caused by left ventricular dysfunction. It can develop as a result of various diseases of the cardiovascular system, but arterial hypertension - a leading factor of its occurrence. Therefore, one of the major challenges of modern cardiology is to prevent the development of chronic heart failure in patients with hypertension, which is directly connected with taking antihypertensive therapy.

Key words: arterial hypertension, chronic heart failure, diuretics, beta-blockers, drug therapy.

Рецензент: д.мед.н., проф. Я.А. Соцька

УДК 615.82

ОСОБЛИВОСТІ ТЕОРІЇ І ПРАКТИКИ ВИКОРИСТАННЯ ЗОНАЛЬНО-РЕФЛЕКТОРНОГО МАСАЖУ

М.О. Лябах, Ю.П. Горго

Національний технічний університет України «КПІ» (Київ)

Масаж є одним з найстародавніших і ефективних способів немедикаментозної профілактики, лікування і реабілітації. Відомі декілька видів і способів масажу - класичний, сегментарний, зональний, точковий і ін. Проте вивченню використання масажу надається ще недостатньо уваги. При лікуванні і реабілітації перевага віддається клінічним спостереженням за ефективністю дії того або іншого технічного прийому масажу або поєднання масажу з якою-небудь процедурою, наприклад з різними видами ванн. Тому в описах способів і видів масажу нерідко зустрічаються різні вислови і рекомендації. В більшості країн використовують класичний масаж. Методично він здійснюється по струму лімфи і крові в лімфатичних і венозних судинах від периферії до центру [1] з урахуванням ліній натяжінь шкіри по Лангеру. Проте ці умови часто не дотримуються. Наприклад, масаж живота, як і глибока пальпація, проводиться за годинниковою стрілкою, тобто по ходу товстого кишкового [2]. При цьому не приймається до уваги напрям руху лімфи і крові в судинах і іннервація шкіри і м'язів. Вважають, що таким чином здійснюється механічна дія на товстий кишечник, яка сприяє перистальтиці. Самомасаж живота рекомендується робити стоячи (рідше сидячи або лежачи, тобто при напрузі м'язів черевного пресу). Виникає питання, які механічні дії можна проводити на кишечник за наявності жирових відкладень і напружених м'язів живота? Мабуть, в цьому випадку необхідно виходити з інших механізмів дії, наприклад, рефлексорних, гуморальних і т.д.

Певна невідповідність виявляється в рекомендаціях щодо масажу голови. Одні автори рекомендують проводити масаж від лоба до потилиці, потім від тім'яної області до вух [3], інші [2] - від лоба до потилиці, а потім від скронь, до лоба і потилиці, треті [4] - двома руками одночасно від лоба до потилиці: аналогічним чином масажуються і скроневі області. При масажі голови, таким чином, не звертається увага на особливості іннервації шкірного покриву,

нервові зв'язки місць масажу з внутричерепними утвореннями, на топографію лімфатичних судин, вузлів, вен тощо [5].

Разом з тим в масажі, вживаному в країнах Сходу [6], більшість прийомів заснована на механічних діях, направлених проти потоку венозної крові і лімфи. Масажу піддають головним чином задню поверхню тіла, живіт не масажують, а передню частину грудної клітки тільки погладжують. Для з'ясування можливості здійснення масажу проти струму лімфи і венозної крові ми вивчали вплив масажу голови на величину кров'яного тиску в скроневи артеріях. Як показали наші дослідження, масаж голови проти лимфо- і кровотоку супроводився збільшенням кров'яного тиску в правій і лівій скроневи артеріях і його асиметрією. Після такого масажу у осіб страждаючих гіпертонічною хворобою I і ІА стадій асиметрія тиску в скроневи артеріях зростає з $7,2 \pm 1,8$ до $17,5 \pm 2,8$ мм рт.ст. ($p < 0,01$). Отже, ми зробили висновок, що масаж голови без урахування топографії лімфатичних і венозних судин протипоказаний при гіпертонічній хворобі.

Існують дві протилежні точки зору на можливість проведення масажу живота у хворих з підвищеним артеріальним тиском. Одні автори виключають таку можливість [7], інші, навпаки, рекомендують масаж [8]. Подібна неузгодженість поглядів і на початкові прийоми застосування загального масажу. Одні автори [6, 9] рахують найдоцільнішим проведення масажу в послідовності: шия, груди, бічні поверхні тулуба, лицьова частина черепа, живіт верхні і нижні кінцівки. Інші [10] рекомендують починати загальний масаж з потиличної частини і сосцевидних відростків, далі масажувати обличчя, шию, верхні кінцівки, нижні кінцівки, живіт. Висловлюється також думка про доцільність здійснення спочатку масажу нижніх кінцівок, а далі без строгої послідовності - спини, ший, грудної частини, живота [11]. Методики східного масажу [12,13] передбачає спочатку дію на хребетний стовп, потім на спину, сідниці, руки, нижні кінцівки, груди. Закінчують масаж легкими погладженнями і здавленням голови.

До недоліків сегментарного масажу слід віднести в першу чергу складність визначення сегментів та зон і їх невизначеність та велику кількість при дії масажу. Існує думка, що при ураженнях серця необхідно масажувати 15 зон при захворюваннях, шлунку-8, печінки-12, нирок-8 і т.д. [12,13]. Не вирішено також питання про об'єктивне визначення місцевої реактивності, дозуванню дій і особливо про прогнозування первинних результатів масажу. Ще не з'ясовані достатньо чітко зони і пункти для масажу при гіпертонічній хворобі.

Одні автори у хворих з артеріальною гіпертонією рекомендують дії масажем на область голови, комірцеву зону, надпліччя [8], інші - на область нирок, треті - на литки [11, 13]. До цього часу немає методик масажу і немає єдиної точки зору на області дії при стенокардії [14].

У зв'язку з тим, що про локалізацію зони дії масажу судять не по прямих, а по непрямих її зв'язках з внутрішніми органами, сплетеннями і вузлами вегетативної нервової системи, зони шкіри, м'язів тощо, встановлювані зони для масажу по суб'єктивних показниках невизначені і їх досить багато. Широке застосування, особливо на Сході, знайшов також точковий масаж, проте місця його застосування, як і інші види масажу, поки не мають необхідного об'єктивного обґрунтування. Відсутні також способи об'єктивного визначення місць для направлених локальних впливів на зону ураження, інформативні критерії дозування масажу, способи об'єктивного прогнозування його результативності, засоби оперативного контролю за вірним здійсненням процедури масажу.

В проведених авторами дослідженнях встановлено, що завдяки вивчення статистичних електричних потенціалів (СТЕП) і температури шкіри можна виявити зони, які не завжди співпадають з областями і пунктами, в яких суб'єктивно визначається біль та розлад чутливості [15]. У хворих з начальними стадіями гіпертонічної хвороби знайдені обмежені зони і навіть пункти із зниженим СТЕП в лобних, скроневи та тем'яних областях голови, в місці прикріплення II, III і V ребер до грудини, зліва над лівою лопаткою і по медіальному її краю. Аналогічними є також ділянки зниженого СТЕП, пов'язані з супутними захворюваннями жовчного міхура та нирок, які виявлені на тулубі. Після процедури або курсу масажу асиметрія в розподілі потенціалів зменшується або зникає. Таким чином, створюються умови не тільки для виявлення місць масажу, але і для об'єктивного спостереження за його ефективністю [15].

По величинах СТЕП можна визначити місцеву реактивність ділянки шкіри і об'єктивно дозувати силу дії масажу. Практика показує, що в тих випадках, коли величина СТЕП в органо-специфічних пунктах шкіри складає менше 5 мВ, банки, гірчичники а також виражений масаж цих ділянок викликає загострення патологічного процесу. При значеннях СТЕП більше 35-40 мВ ті ж дії приводять до позитивних результатів [16]. Тому при низьких СТЕП (менше 15 мВ) масаж повинен бути не інтенсивним, а навпаки, ніжним, слабим. Для спостережень за правильністю здійснення про-

цедури масажу можна використовувати термографію пальців ніг або рук, для чого між вказівним і середнім пальцями на руці або на великому пальці ноги кріпиться термодатчик. При правильному виконанні масажу температура шкіри плавно підвищуватиметься або знижуватиметься. Якщо масаж проводиться не вірно, особливо для больових пунктів, на термограмі з'являються хвилеподібні підвищення або пониження температури.

Висновки

Таким чином, вимірювання величини СТЕП і температури шкіри, як факторів біологічного зворотного зв'язку, розширює можливості об'єктивного дозування масажу, прогнозування результатів дії масажу, контролю за правильністю виконання процедури. Орієнтація на енергетичні зміни в шкірі має велике значення для об'єктивного вирішення деяких дискусійних питань теорії і практики масажу. Можна стверджувати, що застосування зонального масажу та самомасажу різних тригерних зон людини можна використовувати при корекції функціональних станів людини на робочих місцях при різних навантаженнях.

Література

1. Штанге В.А. Роль лимфатической системы в учении о массаже / В.А. Штанге. - СПб.: [б. и.], 1889. - 104 с.
2. Галямова А.Ф. Лечение шейных болевых синдромов с использованием физических факторов, мануальной терапии и ЛФК / А.Ф. Галямова, М.В. Машкин, Ю.О. Новиков // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова. - 2001. - № 4. - С. 23-31.
3. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия / В.П. Веселовский. - Рига, 1991. - 343 с.
4. Филатова Е.Г. Лечение головной боли / Е.Г. Филатова // Лечение нервных болезней. - 2000. - Т. 1, № 2. - С. 3-8.
5. Колосова О.А. Классификация головной боли / О.А. Колосова, В.В. Осипова // Ж. неврол. и психиатр. - 1996. - № 3. - С. 8-11.
6. Тюрин А.М. Массаж традиционный и нетрадиционный / А.М. Тюрин. - СПб.: Питер, 1996. - 267 с.
7. Dvorak J. Checkliste manuelle medizin / J. Dvorak, V. Dvorak. - N. Y.: Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1990. - 182 p.
8. Ісаєв Ю.О. Сегментарно-рефлекторний і точковий масаж у клінічній практиці / Ю.О. Ісаєв. - Київ: Здоров'я, 1993. - 320 с.
9. Ситель А.Б. Мануальная медицина / А.Б. Ситель. - М.: Русь, 1998. - 302 с.

10. Фізичні методи у лікуванні та медичній реабілітації хворих та інвалідів / Під ред. І.З. Самосюк. - Київ, 2004. - 195 с.

11. Фокин В.Н. Краткий курс массажа / В.Н. Фокин. - [2-е изд., доп.]. - М.: Информпресс, 1998. - 424 с.

12. Дубровский В.И. Основы сегментарно-рефлекторного массажа / В.И. Дубровский. - М.: Физкультура и спорт, 1986. - 193 с.

13. Левит К. Мануальная медицина / К. Левит, Й. Захсе, В. Янда; пер. с нем. - М.: Медицина, 1993. - 510 с.

14. Иваничев Г.А. Мануальная медицина / Г.А. Иваничев. - Казань, 2000. - 649 с.

15. Горго Ю.П. Особенности проявления электрических потенциалов в органо-специфичных пунктах кожи при психофизиологических навантаженнях / Ю.П. Горго // Архив клинической и экспериментальной медицины. - 1996. - Т. 5, № 2. - С. 160-162.

16. Лябах М.А. Особенности проведения зонально-локального и сегментарного массажа триггерных зон у людей разного возраста / М.А. Лябах, Ю.П. Горго // Докл. между. конф. «Интегративная медицина». - Київ, 2011. - С. 95-96.

17. Ottawa panel evidence-based clinical practice guidelines on therapeutic massage for neck pain / L. Brosseau, G.A. Wells, P. Tugwell [et al.] // Journal of Bodywork and Movement Therapies. - 2012. - Т. 16, № 3. - P. 300-325.

18. Application of therapeutic physical exercises and massage in treatment and rehabilitation of patients with muscular torticollis / I. Samosiuk, S. Korpchak, R. Chudnaja [et al.] // Journal of Health Sciences. - 2011. - Т. 1, № 1 (1). - P. 43-50.

19. Hill R. Positive effects of massage therapy on a patient with narcolepsy / R. Hill, A. Baskwill // International Journal of Therapeutic Massage and Bodywork: Research, Education, and Practice. - 2013. - Т. 6, № 2. - P. 24-28.

20. Cetinkaya B. The effectiveness of aromatherapy massage using lavender oil as a treatment for infantile colic / B. Cetinkaya, Z. Basbakkal // International Journal of Nursing Practice. - 2012. - Т. 18, № 2. - P. 164-169.

21. Peng Sun. Zang fu points massage methods / Peng Sun, Yifan Liu // International Journal of Clinical Acupuncture. - 2011. - Т. 20, № 1. - P. 32.

Резюме

Лябах М.О., Горго Ю.П. Особливості теорії і практики використання зонально-рефлекторного масажу.

Розглянуто масаж як один з найстародавніших і ефективних способів немедикаментозної профілактики, лікування і реабілітації. Досліджено масаж в країнах Сходу, прийом, які засновані на механічних діях, направлених проти потоку венозної крові і лімфи. Встановлено, що завдяки вивчення статистичних електричних потенціалів (СТЕП) і температури шкіри можна виявити зони, які не завжди співпадають з областями і пунктами, в яких суб'єктивно визначається біль та розлад чутливості. При правильному виконанні масажу

температура шкіри плавно підвищуватиметься або знижуватиметься. Якщо масаж проводиться не вірно, особливо для больових пунктів, на термограмі з'являються хвилеподібні підвищення або пониження температури.

Ключові слова: види і способи масажу, зональний масаж, зонально-рефлекторний масаж, класичний масаж, лікування, профілактика, реабілітація, сегментарний масаж, точковий масаж.

Резюме

Лябах М.А., Горго Ю.П. *Особенности теории и практики использования зонально-рефлекторного массажа.*

Рассмотрен массаж как один из самых древних и эффективных способов немедикаментозной профилактики, лечения и реабилитации. Исследован массаж в странах Востока, приемы, которые основаны на механических действиях, направленных против тока венозной крови и лимфы. Установлено, что благодаря изучению статистических электрических потенциалов и температуры кожи можно выявить зоны, которые не всегда совпадают с областями и пунктами, в которых субъективно определяется боль и расстройство чувствительности. При правильном выполнении массажа температура кожи плавно будет повышаться или снижаться. Если массаж проводится не верно, особенно для болевых пунктов, на термограмме появляются волнообразные повышения или понижения температуры.

Ключевые слова: виды и способы массажа, зональный массаж, зонально-рефлекторный массаж, классический массаж, лечение, профилактика, реабилитация, сегментарный массаж, точечный массаж.

Summary

Liabakh MA, Gorgo Yu.P. *Features of the theory and practice of using reflex zone massage.*

Massage is considered as one of the oldest and most effective non-pharmacological methods of prevention, treatment and rehabilitation. Studied massage in the East, the techniques that are based on mechanical actions directed against the flow of venous blood and lymph. Established that the statistical study of the electrical potential (STEP) and skin temperature can identify areas that do not always coincide with regions and points, which subjectively defined disorder and pain sensitivity. If done correctly, massage skin temperature gradually be increased or decrease. If the massage is done incorrectly, especially for the pain points in thermogram appear wavy raising or lowering the temperature.

Key words: types and methods of massage, zonal massage, reflex zone massage, classic massage, treatment, prevention, rehabilitation, segmentarizing massage, acupressure.

Рецензент: д.мед.н., проф. М.О. Пересадин

УДК 617.731-002-005:616-099-085

ВПЛИВ ЛІКУВАННЯ НА ГЕМОДИНАМІКУ АРТЕРІЙ ОКА Й ОРБИТИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЇ ТОКСИЧНОЇ НЕЙРОРЕТИНОПАТІЇ

О.В. Недзвецька, Д.О. Петрушенко

*Харківська медична академія післядипломної освіти
КЗ Сумська обласна клінічна лікарня*

Вступ

Порушення гемодинаміки є характерною рисою алкогольної токсичної нейроретинопатії (АТН). При офтальмомодіометрії виявлено регіонарну артеріальну гіпертензію, найбільш виражену в центральній артерії сітківки [7]. При реофтальмографії спостерігали судинну дистонію за гіпертонічним типом з переважним ураженням мілких судин та порушенням мікроциркуляції [2,8,10]. Але ж поодинокі дослідження, присвячені порушенням гемодинаміки ока при АТН, не освітлюють весь спектр цих порушень.

TNF- α є одним з ключових цитокінів з прозапальною активністю та стимулює продукцію інших прозапальних цитокінів, зокрема IL-1 β , IL-6, IL-8, КСФ-G1. Патоморфологічні дослідження показали, що для хронічної алкогольної інтоксикації (ХАІ) характерна десквамація ендотелію судин [5], а TNF- α саме сприяє ендотеліальній дисфункції судин, пошкоджуючи клітини ендотелію за рахунок підсилення експресії молекул адгезії [3, 14, 16, 17]. Таким чином, TNF- α може мати відношення до патоморфологічних змін, що характерні для АТН. IL-4 є протизапальним цитокіном, що виробляється T-клітинами класу Th₂, інгібує синтез прозапальних цитокінів [15]. Оскільки Th₁-лімфоцити продукують переважно TNF- α , а Th₂-лімфоцити – IL-4, досліджуючи рівень TNF- α та IL-4, можна судити про співвідношення активності Th₁ та Th₂, а отже, про функціональний стан місцевого та загального імунітету [7]. Поліоксидоній є детоксикантом, імуномодулятором та мембранопротектором. Антиоксидантний потенціал поліоксидонію перевищує неогемодез та реосорбілакт [11]. Доплерографічні зміни артеріальної гемодинаміки ока й орбіти під впливом лікування раніше не вивчалися.

Мета роботи - дослідити зміни доплерографічних параметрів артеріальної гемодинаміки ока й орбіти під впливом комбінованої детоксикаційної терапії з застосуванням поліоксидонію.