

Проф. Н.Р. Поултер (Лондонський імперський коледж) відмітив, що результати досліджень ACCOMPLISH та ASCOT-BPLA є доброю доказовою базою для використання інгібіторів АПФ або блокаторів рецепторів ангіотензину (БРА) в комбінації з антагоністами кальцію.

Тривале спостереження (медіана 5,4 роки) за понад 19000 пацієнтів з АГ було призупинено, дякуючи більшій ефективності комбінації амлодипін/періндопріл в порівнянні з комбінацією атенолол/тіазидний діуретик.

Лікар Шункерт відмічав сильну гіпотензивну ефективність комбінації БРА/гідрохлоротиазид у пацієнтів з резистентною АГ, гіпертрофією лівого шлуночку, ізольованою систолічною АГ та ожирінням, що було підтверджено в дослідженні LIFE.

**Фіксовані комбінації.** На сателітному симпозиумі проф. М. Бурн'є (Швейцарія) позитивно оцінив фіксовану комбінацію інгібітора АПФ беназепрілу з антагоністом кальцію амлодипіном, що забезпечило додаткові переваги в зменшенні летальності.

В дослідженні INCLUSIVE продемонстровано, що комбінація БРА ірбесартана та діуретика гідрохлоротиазиду ефективна і добре переноситься пацієнтами. В дослідженні RAPIND терапія хворих з АГ комбінацією ірбесартана та гідрохлоротиазиду дала швидкий ефект.

Доктор Р. Кройтц (Німеччина) повідомив, що комбінація олмесартана та амлодипіна в низьких дозах виявилася набагато ефективнішою в порівнянні з високими дозами в монотерапії АГ.

Контроль АГ досягається, про що свідчить канадійський досвід. Розповсюдженість АГ продовжує зростати у всьому світі. Ні освітні програми, ні клінічні рекомендації не допомагають зупинити цю неінфекційну пандемію.

Саме канадська програма є цікавою. З 1995 р. по 2005 р. розповсюдженість АГ в канадській провінції Онтаріо зросла на 60%. Одночасно покращився контроль АГ з 12,1% до 65,7% в 2006 р. Усвідомленість про підвищення АТ складає 87%, а охоплення лікуванням складає 82%. Вважається, що це є заслугою освітньої програми Canadian Hypertension Education Program (CHPEP).

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Здоров'я України, №11/1, 2008 р. – С.5, 9, 12-13

**В. М. БОЧКОВСЬКИЙ**

#### **ЗАСТОСУВАННЯ ВІСЦЕРАЛЬНОГО ЕКОТРАНАЖЕРНОГО МАСАЖУ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ**

*Стаття присвячена аналізу застосування вісцерального масажу для профілактики багатьох захворювань.*

*Стаття посвячена аналізу применення вісцерального масажу для профілактики многих болезней.*

*The article is devoted the analysis of application of visceral'nogo massage for the prophylaxis of many diseases.*

Сучасна медицина ефективно лікує майже всі захворювання внутрішніх органів. Фармакологічні фірми безперестанку озброюють лікарів і пацієнтів новими, більш ефективними в лікуванні медикаментами. Хірургічні методи постійно удосконалюються і дають високий процент добрих результатів. Найсучасніші діагностичні апарати виявляють патологію на ранніх стадіях розвитку і дають інформацію лікарю в найменших подробицях.

З якою б швидкістю не розвивались сучасні методики лікування, які б високі результати не досягалися, профілактика і попередження хвороби безперечно будуть стояти в медицині на першому місці. Ні для кого не секрет, що попереджувати хворобу набагато економніше, легше і корисніше для нашого організму, ніж лікувати її. Через це медицина всіх країн світу в першу чергу акцентує увагу на розвитку методів профілактики і попередження хвороби.

Профілактика і попередження хвороб включає в себе раціональне харчування натуральними продуктами, дозовані тренуючі навантаження, лікувальні масажі всього тіла і внутрішніх органів.

На сьогоднішній день вісцеральна хіропрактика дипломованих спеціалістів приносить високі результати по усуненню дисфункцій внутрішніх органів. Спеціалісти вісцеральної хіропрактики використовують для цього ряд мануальних технік, навчають хворих самостійно лікуватися мануальними методами. На допомогу хворим Разумовський К. В. винайшов екоотренажер-масажер, який після довготривалого випробувального терміну показав відмінні профілактичні властивості. Метод вісцерального еко-отренажерного масажу широко використовують в практиці ведучі

спеціалісти мануальної терапії – Разумовський К. В. – Київ, Насіковський М. С. – Київ, Набойченко В. М. – Київ, Слінько О.О. – Львів, Харенко Л. М. – Чехія, м.Устін-над-Лабем, Бочковський В. М. – Київ.

Зворотні дисфункції внутрішніх органів, при яких використовується вісцеральний екотренажерний масаж наступні:

1. Вісцеральна дисфункція, яка виражена в зменшені або втраті рухливості внутрішнього органа;
  - а) позиційна – орган фіксований не на своїй позиції;
  - б) функціональна – орган знаходиться на своєму місці, але порушена нормальна фіксація.

2. Фіксація органа внаслідок спайки.

Причини спайок: травма, хірургічні операції або запальне, інфекційне захворювання. Утворюється нова точка фіксації. Ознаки спайок: точка фіксації, втрата рухливості, спазм тканин. При цьому знижуються трофіка тканин, імунні реакції, прогресують застійні процеси і утворення фіброзу.

3. Зв'язкові дисфункції. Якщо зв'язки мають знижений тонус, то з'являється ознака гіпермобільності. Виключення: птози (опущення органів). Причини – старіння, різке схуднення, конституційні особливості, перенесені захворювання, у жінок – ненормальні пологи. Деяким зв'язкам властиве активне скорочення – зв'язка Трейца, перикардіальні зв'язки.

4. М'язові дисфункції. Спазми: органи, які мають гладеньку мускулатуру, повздожню і циркулярну. Причини: рефлекторні реакції, запалення, підвищена активність меридіанів, алергія. При будь-якому виді спазму знижується амплітуда вісцерального ритму (різні індивідуальні рухи органів на вдиху і на видиху).

Вісцеральний екотренажерний масаж внутрішніх органів включає в себе здавлювання на видиху, яке проводиться в трьох ділянках живота: *reg. epigastrica*, *reg. umbilicalis*, *reg. pubica*, по довжині прямого м'язу живота. Органи, які проєктуються в відповідні ділянки масажу, отримують максимальний профілактичний ефект. Внутрішні органи, які межують і торкаються до стінок масуючих органів, отримують одночасно масаж, але з меншим профілактичним ефектом. Техніка здавлювання повинна виконуватися натще або не менше ніж через чотири години після прийому їжі, на видиху, максимально плавно, безболісно для пацієнта.

1. В *reg. epigastrica* проєктуються і під час масажу цієї ділянки, отримують максимальний профілактичний ефект такі вісцеральні органи: печінка (ліва доля), шлунок (тіло і пілорична частина), дванадцятипала кишка (верхня половина), підшлункова залоза, черевна частина аорти, черевний стовбур (*truncus coeliacus*) і черевне сплетіння.

Під час масажу печінки (лівої долі) одночасно з меншою амплітудою і ефектом масуються зв'язки печінки (вінцева, серповидна, кругла, печінково-шлункова, печінково-дванадцятипала, печінково-ниркова), жовчний міхур, права нирка з наднирником, частина товстої кишки, дванадцятипала кишка, шлунок, частина стравоходу, діафрагма.

Масаж шлунка (тіло і пілорична частина) – одночасно зв'язки шлунка (печінково-шлункова, діафрагмально-стравохідна, шлунково-діафрагмальна, шлунково-селезінкова, шлунково-ободова, шлунково-підшлункова), діафрагма, ліва доля печінки, підшлункова залоза, ліва нирка з наднирником, селезінка, поперечноободова кишка.

Масаж дванадцятипалої кишки (верхня половина) – одночасно зв'язки кишки (печінково-дванадцятипала, підвішуюча, дванадцятипало-ниркова справа, підшлункова залоза, нижня половина дванадцятипалої кишки).

Масаж підшлункової залози – одночасно внутрішня частина дванадцятипалої кишки, брижа поперечноободової кишки, черевний стовбур, черевне сплетіння, черевна частина аорти, підшлунково-селезінкова зв'язка.

2. В *reg. umbilicalis* проєктуються поперечноободова кишка, нижня половина дванадцятипалої кишки, петлі тонких кишок, велика кривизна шлунку, ворота нирок, черевна частина аорти, нижня порожниста вена.

Масаж поперечноободової кишки – одночасно дванадцятипала кишка, підшлункова залоза, ліва нирка, зв'язки поперечноободової кишки (шлунково-ободова, печінково-ободова, міхурно-ободова).

Масаж нижньої половини дванадцятипалої кишки – одночасно верхня половина дванадцятипалої кишки, сфінктер Одді, місце відкриття протоків підшлункової залози (*ductus pancreaticus*, *ductus pancreaticus accessorius*), підшлункова залоза.



Масаж петель тонкої кишки – одночасно висхідний, поперечний, низхідний, сигмовидний відділ товстого кишківника, сечовий міхур, у жінок – матка.

3. В *reg. rubica* проєктуються петлі тонкого кишківника, сечовий міхур, нижні відділи сечівників, матка, частина сигмовидної кишки.

Масаж сечового міхура – одночасно лобково-міхурова зв'язка, петлі тонкого кишківника, передня стінка прямої кишки, сечівники, сечовипускний канал, в чоловіків передміхурова залоза, сім'яні мішечки, сім'яиносні протоки, в жінок – передня стінка піхви, матка, сліпа кишка, червоподібний відросток, частина сигмовидної кишки.

Масаж сигмовидної кишки – одночасно петлі тонкого кишківника, пряма кишка, у жінок – частково матка, ліва маткова труба та лівий яєчник.

Масаж матки – одночасно пряма кишка, сечовий міхур, петлі тонкої кишки, маткові труби, яєчники, зв'язки матки (широка, кругла, головна, куприково-маткова), власні зв'язки яєчників.

Профілактичні ефекти вісцерального екотренажерного масажу:

1. Збільшення рухливості органу.
2. Нормалізація вісцерального ритму.
3. Покращення циркуляції рідин.
4. Збільшення тону гладеньких і поперечносмугастих м'язів.
5. Нормалізація секреції гормонів та інших біохімічних речовин.
6. Покращення загального та місцевого імунітету.
7. Нормалізація діяльності нервової системи.

Рекомендовано: перед проведенням вісцерального екотренажерного масажу консультація лікаря.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Дэвид Г. Симонс, Джанет Г. Трзвелл, Луис С. Симонс. Миофасциальные боли и дисфункции. – Москва, 2005. – С.1138-1168.

2. Кульчицький К.І., Бобрик І.І. Оперативна хірургія і топографічна анатомія. – Київ, 1989. – С. 181-209; 290-304.

3. Огулов А.Т. Вісцеральна хіропрактика в старорусской медицине. – Москва, 1994. – С. 548.

А. Л. ВАСИЛЬЧУК

## ЕНІОАНАТОМІЯ ПЕРЕДНЬОГО СЕРЕДИННОГО МЕРИДІАНА

*З позиції еніоанатомії розглядаються утворення, топографія, будова, структура, функції, терапевтичні значення, наслідки структурно-функціональних порушень, надлишок і недостача енергій у передньому серединному меридіані.*

*С позиції еніоанатомії розглядаються утворення, топографія, будова, структура, функції, терапевтичне значення, наслідки структурно-функціональних порушень, надлишок і недостача енергій в передньому серединному меридіані.*

*From enioanatomy's position, the following is distinguished: creation, topography, constitution, structure, function, therapeutic significance, consequences of structural and functional disorders, of excess and lack of energy in front central meridian.*

Утворення переднього серединного меридіана розпочинається виростами внутрішніх оболонок усіх тонкоматеріальних тіл (ТМТ) від середини промежини початковою точкою хуей-ін'є (J 1), локалізованою між калиткою і відхідником — у чоловіків, і спайкою великих статевих губ та відхідником — у жінок (мал. 1). До виростів внутрішніх оболонок спрямовуються окремі відгалуження вершин чакрових конусів муладхари, генітальних, кульшових чакр, окремі вихідні мікроканали сушумни, меруданди, іди, пінгали, зіркових каналів і заднього серединного меридіана, утворюючи початок і основу меридіана шляхом проникнення чакрових, сушумнових, мерудандових, ідових, пінгалових, зіркових і меридіанових мікроканалів до внутрішніх просторів оболонкових мікроканалів; злиття чакрових, сушумнових, мерудандових, ідових, пінгалових, зіркових і задньомеридіанових мікроканалів з оболонковими мікроканалами в оболонково-чакрові, оболонково-сушумнові, оболонково-мерудандові, оболонково-ідові, оболонково-пінгалові, оболонково-зіркові, оболонково-меридіанові і змішані мікроканали; з'єднання чакрових, сушумнових, мерудандових, ідових, пінгалових, зіркових, задньомеридіанових мікроканалів з оболонковими і шляхом прилягання