

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
ЧОРНОМОРСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ПЕТРА МОГИЛИ**

Факультет фізичного виховання і спорту
Кафедра медико-біологічних основ спорту та фізичної реабілітації

**ЗАСТОСУВАННЯ ТОЧКОВОГО МАСАЖУ В ПРОГРАМАХ
ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

Дипломна робота

Студентки 681 групи
Кузнєцової О.С.
Науковий керівник
К.м.н., доцент
Яблонська Т.М

Миколаїв – 2023

ЗГІДНО РІШЕННЯ КАФЕДРИ МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ОСНОВ СПОРТУ ТА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ (Протокол №6 від 24.01.2023) дипломну роботу магістра Кузнецової О.С. на тему: «ЗАСТОСУВАННЯ ТОЧКОВОГО МАСАЖУ В ПРОГРАМАХ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ» розглянуто та рекомендовано до захисту.

Завідувач кафедри

Гетманцев Сергій Васильович

Декан факультету

Тупєєв Юлай Вільович

ЗМІСТ

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП	5
РОЗДІЛ I ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	8
1.1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ.....	8
1.1.1 Артеріальна гіпертензія: етіопатогенетичні чинники.....	8
1.1.2 Ступені та форми артеріальної гіпертензії, клінічні прояви.....	12
1.1.3 Загальні положення щодо реабілітації хворих на артеріальну гіпертензію.....	15
1.2 ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ТОЧКОВОГО МАСАЖУ НА ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ.....	32
1.2.1. Клініко-фізіологічне обґрунтування впливу точкового масажу на організм хворих на артеріальну гіпертензію.....	32
1.2.2. Основні задачі і принципи побудови програм точкового масажу для хворих на артеріальну гіпертензію I-II ст.....	40
Висновки до розділу I.....	47
РОЗДІЛ II. МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	49
Висновки до розділу II.....	53
РОЗДІЛ III. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ	54
3.1 ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОВЕДЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ТОЧКОВОГО МАСАЖУ ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ.....	54
3.1.1 Добовий моніторинг артеріального тиску у хворих на артеріальну гіпертензію.....	54

3.1.2 Поєднання точкового масажу в реабілітаційно-навчальних програмах для хворих на артеріальну гіпертензію на санаторному етапі відновлення.....	56
Висновки до розділу III.....	69
ВИСНОВКИ.....	77
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	71
СПИСОК ЛІТЕРАТУРА.....	72
ДОДАТКИ.....	77

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

- ЛКК – лікарсько-консультативна комісія.
ЗПОС – загальний периферичний опір судин.
АТ- артеріальний тиск.
АГ- артеріальна гіпертензія.
ІХС - ішемічна хвороба серця.
ЧСС- частота серцевих скорочень.
УВЧ - ультра висока частота.
ЛФК- лікувальна фізкультура.
ЛГ- лікувальна гімнастика.
ЦНС- центральна нервова система.
ДМАТ- добовий моніторинг АТ.
САТД- систола АТ денна.
ДАТИ - діастола АТ денна.
ХОК- хвилиний об'єм крові.
СІ - серцевий індекс.
САМ АТ - самоконтроль АТ.
ШХАТ - школа хворих АТ.
ЯЖ – якість життя.

ВСТУП

Актуальність дослідження. Найважливішою проблемою охорони здоров'я на протязі багатьох років і в даний час залишається боротьба з серцево-судинними захворюваннями. Загальнодержавна значущість її визначається найбільшим числом захворюваності, інвалідизації і смертності людей у зв'язку з хворобами серця і судин.

Статистичний аналіз показує, що у міру збільшення числа осіб з підвищеним артеріальним тиском (АТ) росте смертність. Разом з тим реєструється приблизно половина всіх випадків захворювання, і лише 3 % хворих на артеріальну гіпертензію отримують адекватне медичне лікування. До того ж препарати, вживані для корекції АТ, не можуть забезпечити не тільки остаточного одужання, але і істотно змінити фізичний стан хворого.

Артеріальна гіпертензія, разом з іншими формами серцево-судинної патології, має широке розповсюдження серед населення і складає від 15 до 30 % всіх захворювань і треба впливати на ці показники та робити їх загально нижчими. Загальновизнано, що артеріальна гіпертензія сприяє ранньому виникненню атеросклероза, його прогресу і розвитку ішемічної хвороби серця. Вона приводить не тільки до порушень функції серцево-судинної системи, але і викликає ряд інших розладів. Тому наше завдання знайти шляхи подолання цієї хвороби, примножити та допомогти оздоровитися народу України.

Реабілітація, що включає відновну терапію в умовах лікувально-профілактичних установ, зокрема спеціальних реабілітаційних центрів і санаторіїв, клінік і відповідних інститутів, має в своєму розпорядженні арсенал засобів активної дії на функціональні системи організму: ЛФК і тренуючи фізичні вправи, фізіо- і бальнеотерапія, трудова терапія. А також точковий масаж, який може стати справжнім порятунком для багатьох

людей, тому що впливає на стан дуже швидко, правильно спрямовано та, при умові роботи спеціаліста, безпечним та корисним. При цьому заходи щодо своєчасної і адекватної активізації хворих — реалізація дозованих масажних навантажень - впливають безпосередньо і опосередковано через різні системи організму на тренування і зміцнення органів кровообігу і особливо важливі для підвищення толерантності до масажу та самомасажу, а тим самим і для відновлення фізичної працездатності хворих на артеріальна гіпертензію.

Метою даної роботи є ефективність точкового масажу в програмах фізичної терапії хворих з артеріальною гіпертензією.

Завдання:

1. Проаналізувати на основі даних літератури етіологію, патогенез та клінічні прояви артеріальної гіпертензії.
2. Обґрунтувати необхідність та доцільність застосування точкового масажу при артеріальній гіпертензії.
3. Визначити та охарактеризувати методи та засоби точкового масажу на різних етапах відновлення хворих на артеріальна гіпертензію.
4. Дослідити ефективність впливу точкового масажу на стан гемодинаміки при АГ.
5. Розробити та впровадити програму навчання хворих на артеріальну гіпертензію у санаторно-курортних умовах.

Об'єкт дослідження: фізична реабілітація при артеріальній гіпертензії

Предмет дослідження: ефективність впливу фізіотерапевтичних чинників хворих на АГ та доцільність використання точкового масажу у програмі комплексної фізичної реабілітації.

Методи дослідження: аналіз літературних джерел, інструментальні та лабораторні методи, анкетування, спостереження, експеримент, методи статистичної обробки даних.

Практична значимість дослідження. Значення роботи полягає в тому, що проаналізований і систематизований матеріал по даній проблемі може бути використаний для подальших методичних розробок, а також для складання індивідуальних програм реабілітації хворих з артеріальною гіпертензією.

Особистий внесок автора. Автором проведено аналіз та систематизацію даних літератури, розроблені напрямки роботи, сформульована мета і задачі дослідження. Проведене моделювання схеми експерименту. Проведено аналіз та узагальнення результатів дослідження, написання всіх розділів кваліфікаційної роботи, формулювання висновків та практичних рекомендацій.

Публікації. За результатами дослідження опубліковано 2 наукові праці:

1. Кузнєцова О. Артеріальна гіпертензія: етіопатогенетичні чинники/ О. Кузнєцова // Збірник наукових праць Миколаївського інституту розвитку людини закладу вищої освіти «Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна». Серія: Фізична терапія, ерготерапія, Випуск VII. Миколаїв: МІРЛ ЗВО Університету «Україна», 2023. – С. 136-141.

2. Кузнєцова О. Загальні положення реабілітації хворих на артеріальну гіпертензію/ О. Кузнєцова // Збірник наукових праць Миколаївського інституту розвитку людини закладу вищої освіти «Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна». Серія: Фізична терапія, ерготерапія, Випуск VII. Миколаїв: МІРЛ ЗВО Університету «Україна», 2023. – С. 141-150.

Структура роботи: Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, практичних рекомендацій, бібліографічного списку та додатків. Бібліографічний список містить 57 джерел. Робота ілюстрована 6 таблицями та викладеними на 84 сторінках тексту.

РОЗДІЛ I. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

1.1.1 Артеріальна гіпертензія: етіопатогенетичні чинники

Артеріальна гіпертензія — це хронічне захворювання, що вражає різні системи організму, характеризується підвищенням артеріального тиску вище норми, найбільш поширене захворювання серцево-судинної системи.

Основною причиною, що з роками порушує адаптаційні резерви системи кровообігу для урбанізованої людини, стала хронічна гіпокінезія, недостатність запрограмованої еволюцією фізичної активності. Сучасна цивілізація в значній мірі вивільнила людину від фізичних навантажень, але емоційні та професіональні навантаження, якщо не збільшились, то і не зменшились, в зрівнянні з попередніми епатами розвитку людини та отримали не менше значення для підвищення АТ, аніж вік та вага.

Різні життєві ситуації потребують різкого підвищення кровообігу. Збалансованість усіх фрагментів апарату, що бере участь у регуляції кровообігу на місцевому та системному рівнях, досягається та підтримує постійно тренуючими навантаженнями, надійною системою обернених зв'язків.

Фізична активність забезпечує стійкість системи кровообігу, її функціональний резерв. Брадикардія та спортивна гіпертонія – признаки цього резерву. Адаптаційна здатність системної гемодинаміки різко знижується в умовах гіпокінезії. Надостатня тахікардія та артеріальна гіпертонія у відповідь на фізичне навантаження вказує на детренованість серцево-судинної системи.

Ведучим фактором патогенезу психоматичних захворювань, до яких відноситься артеріальна гіпертензія, при емоційному струсі є окислювальний, або оксидатний, фактор. Струс вказує накопичення у тканинах вільних радикалів, що ведуть до вільного перекисному окисленню ліпідів мембран різних клітин, особливо нейронів головного мозку. При цьому в ЦНС змінюється чутливість нейронів до нейромедіаторів та олігопептидам. Це в свою чергу приводить до формування застійного збудження, що веде до стійкого порушення механізмів саморегуляції АТ.

Встановлено, що страждаючі артеріальною гіпертензією складають 15—20% дорослого населення за даними різних епідеміологічних досліджень. Артеріальна гіпертензія досить часто приводить до інвалідності і смерті. У основі захворювання лежить артеріальна гіпертензія. Артеріальна гіпертензія є одним з головних чинників ризику розвитку ІХС, мозкового інсульту і інших захворювань.

Артеріальна гіпертензія виявляє неухильну тенденцію до зростання і пов'язано це, перш за все, з тим, що артеріальна гіпертензія — це хвороба цивілізації, її негативних сторін (зокрема, інформаційного буму, збільшеного темпу життя, гіпокінезії і ін.). Все це викликає неврози, зокрема серцево-судинні, що негативно впливають на організм і його регуляторні механізми, зокрема на регуляцію судинного тонуусу. Крім цього, неврози і стреси ведуть до зайвого викиду в кров катехоламінів і тим самим сприяють розвитку атеросклерозу,

Артеріальна гіпертензія — вельми поширене захворювання. Причини формування артеріальної гіпертензії з достовірністю не встановлені, хоча окремі ланки патогенезу цього захворювання відомі. Вважають, що слід враховувати участь в становленні артеріальної гіпертензії двох чинників: норадреналіну і натрію. Норадреналін, зокрема, відіграє роль ефекторного агента в теорії Г.Ф. Ланга про вирішальну роль психічного перенапруження і

психічної травматизації для виникнення артеріальної гіпертензії. Існує єдина думка з приводу того, що для формування артеріальної гіпертензії необхідне поєднання спадкової схильності до захворювання з несприятливими впливами на людину зовнішніх чинників. Епідеміологічні дослідження підтверджують наявність зв'язку між ступенем ожиріння і підвищенням АТ. Проте, збільшення маси тіла швидше слід відносити до сприятливих, ніж власне причинних чинників.

В даний час більшість учених вважають, що пусковим механізмом при артеріальній гіпертензії є перенапруження нервово-психічної сфери, до вторинних механізмів відносять нирково-ішемічний і ендокринно-обмінні чинники.

Чинниками ризику виникнення артеріальної гіпертензії є: спадкова схильність; емоційні стреси і постійна нервово-психічна напруга; малорухливий спосіб життя (гіпокінезія); висока, та, що перевищує енерговитрати організму, калорійність їжі, превалювання в ній рафінованих вуглеводів і тваринних жирів, ожиріння, цукровий діабет, надмірне вживання кухарської солі, недостатнє введення в організм іонів калія, кальцію, магнію, вживання алкоголю, куріння (активне і пасивне).

Провідною ознакою артеріальної гіпертензії є підвищений артеріальний тиск. Захворювання рідко починається у осіб молодше 30 років і старше 60. Артеріальна гіпертензія протікає хронічно з періодами погіршення і поліпшення. Прогресування захворювання може бути різним по темпу. Розрізняють поволі прогресуючий (доброякісне) і швидко прогресуючий (злаякісне) перебіг захворювання.

Ризик виникнення серцево-судинних хвороб, у особливості артеріальною гіпертензією, у першу чергу визначається загальною витримкою організму, яка формується у повсякденній руховій активності та фізичними вправами.

Причинами виникнення артеріальної гіпертензії є атеросклерозні поразки периферичних судин і порушення нейроендокринної регуляції. Повної ясності в розумінні етіології артеріальної гіпертензії немає. Зате добре відомі чинники, що сприяють розвитку захворювання:

- нейропсихічне перенапруження, емоційний стрес;
- спадково-конституційні особливості;
- професійні шкідливості (шум, напруга зору, підвищена і тривала концентрація уваги);
- надмірна маса тіла і особливості живлення (зайве споживання солоної і гострої їжі);
- зловживання курінням і алкоголем;
- вікова перебудова регуляторних механізмів (юнацька гіпертонія, клімакс у жінок);
- травми черепа;
- гиперхолестеринемія;
- хвороби нирок;
- атеросклероз;
- алергічні захворювання тощо.

Оскільки рівень АТ визначається співвідношенням серцевого (хвилинного) викиду крові і периферичного судинного опору, патогенез ПС формується унаслідок зміни цих двох показників, які можуть бути наступними:

- 1) підвищення периферичного опору, обумовлене або спазмом, або атеросклерозною поразкою периферичних судин;
- 2) збільшення хвилинного об'єму серця унаслідок інтенсифікації його роботи або зростання внутрішньо судинного об'єму циркулюючої крові (збільшення плазми крові через затримку натрію);

3) поєднання збільшеного хвилинного об'єму і підвищення периферичного опору.

В нормальних умовах зростання хвилинного об'єму поєднується із зниженням периферичного опору, внаслідок чого АТ не підвищується. При артеріальній гіпертензії ця узгодженість порушена унаслідок розладу регуляції АТ і тому гіперреактивність нервових центрів, регулюючих рівень АТ, веде до посилення пресорних впливів.

Пресорні впливи (тобто, ті що підвищують тиск в судинному руслі можуть розвиватися унаслідок підвищення:

- а) активності симпато-адреналової системи;
- б) вироблення ренальних (ниркових) пресорних речовин;
- в) виділення вазопресину.

Зростання активності симпато-адреналової системи є основним чинником підвищення АТ в початковому періоді артеріальної гіпертензії, саме тоді починається формування гіперкінетичного типу кровообігу, з характерним підвищенням серцевого викиду при поки що малозміненому загальному периферичному опорі.

Незалежно від клінічного і патогенетичного варіантів перебігу артеріальної гіпертензії підвищення АТ приводить до розвитку атеросклерозу трьох основних органів: серця, головного мозку, нирок. Саме від функціонального стану залежать перебіг і результат артеріальної гіпертензії.

1.1.2. Ступені та форми артеріальної гіпертензії, клінічні прояви

У останньому варіанті класифікації артеріальної гіпертензії, рекомендованої експертами ВООЗ, передбачається виділення трьох стадій артеріальної гіпертензії (АГ), яким передують прикордонна гіпертензія (лабільна або транзиторна гіпертензія) трьох ступенів тяжкості.

Класифікація за рівнем АТ:

— нормальний АТ — нижче 140/90 мм рт. ст.;

— прикордонна АГ — АТ знаходиться в межах 140/90 — 159/94 мм рт. ст.;

— артеріальна гіпертензія — АТ дорівнює 160/95 мм рт. ст. і вище. П.

Класифікація по етіології:

— первинна артеріальна гіпертензія (артеріальна гіпертензія);

— вторинна (симптоматична) гіпертензія.

По характеру прогресу симптомів і тривалості артеріальної гіпертензії виділяють: на доброякісну артеріальна гіпертензія (що поволі прогресує, або що не прогресує) і злоякісну артеріальну гіпертензію (що швидко прогресує). Виділяють також артеріальну гіпертензію кризової і некризової течії. Існує, крім того, поділ артеріальної гіпертензії на три основні ступені: легку (м'яку), помірну і важку — з урахуванням вираженості і ступеня стійкості підвищення АТ. Для кожного з цих трьох ступенів характерні свої межі підвищення діастолі АТ: 90/100, 100/115, 115 мм рт. ст. відповідно.

Центральним симптомом — синдромом артеріальної гіпертонії є підвищення АТ, вимірюване слуховим методом, по Короткову, від 140/90 мм рт. ст. і вище. Основні скарги: головні болі, запаморочення, порушення зору, болі в області серця, серцебиття. Скарги у хворих з синдромом артеріальної гіпертонії можуть бути відсутніми, і тоді його визначають за станом судинних областей; головного мозку, серця, сітківки очей, нирок. Для захворювання характерна хвилеподібна течія, коли періоди погіршення змінюються періодами відносного благополуччя. Проте, прояви хвороби поступово наростають, з'являються і розвиваються органічні зміни.

Артеріальна гіпертензія може привести до ряду ускладнень: серцевої недостатності, ішемічної хвороби серця, інсульту, ураженню нирок. Перебіг

артеріальної гіпертензії у багатьох хворих (від 20 до 30%) ускладнюється гіпертонічним кризом.

Вони характеризуються різким підйомом величин АТ і можуть виникати на всіх стадіях захворювання, при цьому у хворих окрім різкого підйому АТ може наголошуватися нудота, блювота, погіршуватися зір. Під час гіпертонічного кризу можливе загострення ІХС (аж до інфаркту міокарду), а порушення мозкового кровообігу — до інсульту.

При повільному розвитку захворювання проходить 3 стадії по класифікації артеріальної гіпертензії, прийнятій ВООЗ.

Стадія I (легка) характеризується порівняно невеликими підйомами артеріального тиску в межах 160—/80 мм рт. ст. — систоли і 95—105 — мм рт. ст. — діастоли. Рівень АТ нестійкий, під час відпочинку хворого він поступово нормалізується, але захворювання вже фіксоване, підвищення АТ неминуче повторюється. Частина хворих не відчуває ніяких розладів стану здоров'я. Інших турбують головні болі, шум в голові, порушення сну, зниження розумової працездатності. Зрідка виникають несистемні запаморочення, носові кровотечі. Електрокардіограма мало відхилена від норми, ознаки гіпертрофії лівого шлуночку зазвичай відсутні; ниркові функції не порушені; очне дно практично не змінене.

Стадія II (середня) відрізняється від попередньої вищим і стійкішим рівнем артеріального тиску, який у спокої знаходиться в межах 180 200 мм рт. ст. — систола і 105—114 мм рт. ст. — діастола. Хворі часто пред'являють скарги на головні болі, запаморочення, болі в області серця, нерідко стенокардичного характеру. Для цієї стадії типовіший гіпертонічний криз. Виявляються ознаки поразки органів-мішеней: гіпертрофія лівого шлуночку серця, на електрокардіограмі часто є ознаки субендокардіональної ішемії. З боку ЦНС наголошуються різноманітні прояви судинної недостатності:

транзиторні ішемії мозку, можливі мозкові інсульти. Нирковий кровоток понижений.

Стадія III (важка) характеризується частішим виникненням судинних катастроф, що залежить від значного і стабільного підвищення артеріального тиску і прогресу артеріосклерозу і атеросклерозу магістральних судин. АТ досягає 200—230 мм рт. ст. — систола і 115—120 мм рт. ст. — діастола. Спонтанної нормалізації артеріального тиску не буває. Клінічна картина визначається поразкою серця (стенокардія, інфаркт міокарду, недостатність кровообігу, аритмія), мозку (ішемічні і геморагічні інсульти, енцефалопатія), очного дна, нирок. У деяких хворих артеріальною гіпертензією III стадії, не дивлячись на значне і стійке підвищення артеріального тиску, протягом багатьох років не виникають важкі судинні ускладнення.

Протягом артеріальної гіпертензії важливою є наявність періодичних загострень захворювання, коли всі основні симптоми носять різко виражений характер. Ці загострення, що іменуються кризом, можуть спостерігатися у всіх стадіях захворювання, починаючи з найранніших. Характерним для кризу є раптове різке підвищення артеріального тиску, що супроводжується головним болем, запамороченням, блювотою, тахікардією, ознобом, іноді наголошується порушення зору. Зазвичай кризи погіршують перебіг захворювання і прогноз. Умовно розрізняють криз першого і другого порядку: I тип кризу носить нервово-емоційний характер і зустрічається навіть у хворих I—II стадії артеріальної гіпертензії; I II тип кризу спостерігається в II і частіше в III стадіях артеріальної гіпертензії і часто закінчується інфарктом міокарду або інсультом.

1.1.3 Загальні положення щодо реабілітації хворих на артеріальну гіпертензію.

Реабілітація артеріальної гіпертензії повинна бути розпочата з дитинства, коли нормальний розвиток усіх органів та систем в великій мірі залежить від розвитку м'язової системи. Ця залежність прослідковується на протязі всього життя людини. Гіпокінезія, що веде за собою розвиток гіподинамії, несбалансованне харчування, зниження захисних властивостей організму та різні захворювання, емоційний струс, вікові зміни – усе це сприяє формування м'язового дисбалансу, який впливає на стан коронарного та периферичного опору.

У основі зниження АТ у результаті фізичних вправ є багатofакторний механізм, що реалізується на різних поверхах регуляції АТ. Воно знижується в результаті зменшення активності симпатіко-адреналової системи, відновлювання змінної чуттєвості барорецепторів, зміни у розподілі об'ємів жирів, нормалізація функцій ренін-ангіотензінної та депресорної систем, внаслідок чого знижується загальний периферичний опір судин (ЗПОС) та серцевий індекс (СІ).

Виділяють два основних шляхи впливу реабілітації на АТ при початковій стадії артеріальної гіпертензії: прямий – через зміну гемодинаміки, та непрямий – через нормалізацію харчування, обміну речовин та методів релаксації.

Комітет експертів з реабілітації ВООЗ наголосив, що реабілітація — це процес, "метою якого є запобігання інвалідності під час лікування захворювання і допомога хворому у досягненні максимальної фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності, на яку він буде здатний в межах існуючого захворювання". Реалізація цієї мети можлива у разі залучення до реабілітаційного процесу державних і соціально-суспільних закладів.

Таким чином, реабілітація — це суспільно необхідне функціональне і соціально-трудове відновлення хворих та інвалідів, що здійснюється

комплексним проведенням медичних, психологічних, педагогічних, професійних, юридичних, державних, суспільних та інших заходів, за допомогою яких можна повернути потерпілих до звичайного життя і праці, відповідно до їх стану. Пріоритет медичного аспекту реабілітації незаперечний з огляду на те, що органи соціального забезпечення, народної освіти, громадські організації, зважаючи і на стан здоров'я певної особи у подальшому проводять свої реабілітаційні заходи. До останніх відносять: конструювання та виготовлення технічних пристроїв, протезів, засобів пересування; будівництво санаторних та інших закладів, виробничих майстерень; юридично-правове та соціальне забезпечення життя, праці та побуту реабілітованих і виконують це фахівці з університетською, технічною та іншою освітою. Тому при подальшому викладі навчального матеріалу у підручнику будуть висвітлюватись переважно медичні аспекти реабілітації, що входять до програми навчання студентів вищих навчальних закладів з фізичної культури і спорту щодо застосування фізичних вправ, природних чинників, масажу з метою лікування, відновлення здоров'я і фізичної працездатності хворих, попередження інвалідності або зменшення її проявів та профілактики захворювань засобами фізичної культури [32]

Реабілітації підлягають хворі з травмами і деформаціями опорно-рухового апарату, серцево - судинними, неврологічними і психічними захворюваннями; набутими і вродженими дефектами; після хірургічних втручань; інфекційними хронічними захворюваннями і, загалом, ті особи, які потребують поступової адаптації до фізичних і психічних навантажень професійного і побутового характеру, праці з меншим обсягом навантажень чи перекваліфікації, розвитку навичок самообслуговування, вироблення постійної компенсації при незворотних змінах.

Комплекс реабілітаційних заходів, у тому чи іншому вигляді, починають проводити з першого дня перебування хворого у лікарні.

Проводять їх за індивідуальною програмою протягом лікування у стаціонарі і продовжують після визиски у реабілітаційному центрі, спеціалізованому санаторії, поліклініці тощо.

Найбільш ефективно реабілітація проводиться у спеціалізованих реабілітаційних центрах (ортопедичні, неврологічні, судинні та інші), що укомплектовані лікарями відповідних спеціальностей, інструкторами з лікувальної фізичної культури та працетерапії, фізіотерапевтами, психологами, логопедами, педагогами, соціологами, протезистами та юристами. У такі центри хворих переводять з лікарні для завершення лікування і досягнення реабілітації у межах існуючого захворювання.

Лікар залежно від терапевтичного чи хірургічного лікування, загального стану хворого, перебігу захворювання або травми та їх наслідків, статі, віку, професії, функціональних можливостей і фізичної здатності організму визначає показання і протипоказання до застосування засобів реабілітації, призначає руховий режим, час, обсяг, вид, період та етап реабілітації, послідовність застосування її засобів. Він залучає до цього комплексного процесу відповідних фахівців, координує їх колективні дії.

Серед них фахівець з фізичної реабілітації, що закінчив вищий навчальний заклад з фізичного виховання і спорту, посідає одне з провідних місць. Виконуючи призначення лікаря, він добирає засоби і форми лікувальної фізичної культури та методик масажу, розробляє методику застосування фізичних вправ на ранніх етапах лікування, планує і виконує програму подальшого функціонального відновлення і фізичної дієздатності хворого, виявляє і розширює резервні можливості організму, тренує його і готує до фізичних навантажень на роботі і у побуті, повертає до активної участі у житті суспільства. У випадках інвалідизації фахівець з фізичної реабілітації допомагає інвалідові виробити нові рухи і компенсаторні навички, навчає його користуватися протезами та іншими технічними

пристроями і апаратами, тренує пацієнта виконувати цілісні робочі акти, допомагає оволодіти новою професією і, взагалі, адаптує людину до життя у змінених умовах існування [44].

Головними завданнями реабілітації є:

а) функціональне відновлення (повне або компенсація при недостатньому чи відсутності відновлення);

б) пристосування до повсякденного життя і праці;

в) залучення до трудового процесу;

г) диспансерний нагляд за реабілітованими.

Основна мета реабілітації — адаптація до праці на попередньому робочому місці або реадаптація, тобто праця з меншими нервово-психічними і фізичними навантаженнями на новому робочому місці, але на тому самому підприємстві. В інших випадках метою реабілітації буде перекваліфікація і праця на тому ж підприємстві, а у разі неможливості — перекваліфікація у реабілітаційному центрі і працевлаштування відповідно до нової професії і стану людини.

Реабілітація буде малоефективною, якщо не дотримуватись декількох основних її принципів:

1. Ранній початок реабілітаційних заходів. Це допомагає швидше віднови функції організму, попередити ускладнення і у випадку розвитку інвалідності — боротися з нею на перших етапах лікування.

2. Безперервність реабілітаційних заходів. Цей принцип є основою ефективності реабілітації; тому що тільки безперервність та поетапна черговість реабілітаційних заходів — запорука скорочення часу на лікування, зниження інвалідності і витрат на відновне лікування, довготривале матеріальне утримання інвалідів.

3. Комплексність реабілітаційних заходів. Під керівництвом лікаря, реабілітація проводиться й іншими фахівцями: соціологом, психологом, педагогом, юристом та ін.

4. Індивідуальність реабілітаційних заходів. Реабілітаційні програми складають індивідуально для кожного хворого чи інваліда з урахуванням загального стану, особливостей перебігу хвороби, вихідного рівня фізичного стану, особистості хворого, віку, статі, професії тощо.

5. Необхідність реабілітації у колективі. Проходження реабілітації разом з іншими хворими чи інвалідами формує у пацієнта почуття члена колективу, морально підтримує його, нівелює дискомфорт, пов'язаний з наслідками захворювання. Добре ставлення оточуючих запалює і надає впевненості у своїх силах і сприяє швидшому одужанню.

6. Повернення хворого чи інваліда до активної праці — є основною метою реабілітації. Її досягнення робить людину матеріально незалежною, морально задоволеною, психічно стійкою, активним учасником громадського життя [4].

Реабілітацію поділяють на три взаємопов'язані види — медичну, соціальну, чи побутову і професійну, чи виробничу реабілітацію. Вони мають розгалуження і свої специфічні завдання.

Медична реабілітація є фундаментом реабілітаційного процесу. Від її ефективності залежить застосування подальших видів реабілітації, їх тривалість і обсяг. Медична реабілітація спрямована на відновлення здоров'я, усунення патологічного процесу, попередження ускладнень, відновлення або часткову компенсацію порушених функцій, протидію інвалідності, підготовку тих, що одужують, та інвалідів до побутових і трудових навантажень. У переважній більшості реабілітація завершується у медичних закладах.

Складовою частиною медичної реабілітації є фізична реабілітація. Вона мобілізує резервні сили організму, активізує його захисні й пристосувальні механізми, попереджує ускладнення, прискорює відновлення функцій різних органів і систем, скорочує терміни клінічного і функціонального відновлення, адаптує до фізичних навантажень, тренує і загартовує організм, відновлює працездатність. Залежно від характеру, перебігу та наслідків захворювання або травми, періоду і етапу відновного лікування фізичну реабілітацію використовують з метою профілактики або лікування і відповідно до цього вона посідає допоміжне чи головне місце у комплексі взаємодоповнюючих лікувальних заходів медичної реабілітації.

Одночасно з фізичною реабілітацією проводиться психологічна підготовка хворого до подолання труднощів, пов'язаних з хворобою і можливими її наслідками до необхідної адаптації, реадaptaції чи перекваліфікації. Ця підготовка передуює працетерапії, що починається під час медичної реабілітації.

Соціальна, чи побутова реабілітація — державно-суспільні дії, що спрямовані на повернення людини до активного життя та праці, правовий і матеріальний захист її існування. Відповідними фахівцями проводяться заходи щодо оновлення соціального статусу особи шляхом організації активного способу життя, відновлення послаблених чи втрачених соціальних зв'язків, створення морально-психологічного комфорту у сім'ї на роботі, забезпечення культурних потреб людини, відпочинку, занять спортом [32].

У цьому процесі великого значення набуває спільна робота реабілітолога, фахівця з ерготерапії та психолога. Своїми діями вони готують хворого до користування стандартними або спеціально розробленими пристроями, що полегшують самообслуговування. Разом з тим розв'язання матеріальних питань (житло, транспорт, телефонний зв'язок) та інших умов якісного життя юристами, працівниками житлово-комунальної сфери,

соціологами дає змогу інваліду зберегти свою особистість і не відчувати себе поза суспільством.

Професійна, чи виробнича реабілітація. Основна мета — підготовка пацієнта до праці. Її реалізація залежить від характеру та перебігу хвороби, функціонального стану і фізичної спроможності хворого, його професії, кваліфікації, стажу роботи, посади, умов праці та бажання стати до роботи. Залежить від цього реабілітолога, фахівців з ерготерапії, психологів, педагоги, соціологи, юристи провадять роботу з адаптації, реадаптації чи перекваліфікації з подальшим працевлаштуванням пацієнта.

Рішення про повернення пацієнта до його попередньої роботи чи створення, полегшених умов праці (звільнення від підняття важких речей, виконання точних і координованих рухів) приймає лікарсько-консультативна комісія (ЛКК). У разі різкого обмеження працездатності комісія скерує хворих до медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) для встановлення інвалідності та визначення можливості працювати. Висновки ЛКК і МСЕК про умови і характер праці, тимчасове чи постійне обмеження працездатності у нашій державі є обов'язковими для адміністрації підприємств, установ і організацій незалежно від виду власності.

Наведені види реабілітації мають особливість в тому, що кожний вид починається не після закінчення попереднього, а зароджується в ньому раніше і поступово стає основним на конкретному етапі реабілітації. Реабілітація має бути безперервною і спадкоємною, недоцільно розтягувати, продовжувати без потреби той чи інший вид реабілітації. Бо це зменшує прагнення і впевненість хворих, особливо інвалідів, відновити свою працездатність.

Слід підкреслити, що усі види реабілітації містять засоби фізичної реабілітації або окремі її форми, що відновлюють втрачені рухи і цілісні виробничі та побутові рухові акти, виробляють тимчасові чи постійні

компенсації, утворюють нові умовно-рефлекторні зв'язки, тренують та готують організм до фізичних навантажень побутового та виробничого характеру.

У медичній реабілітації, згідно з рекомендаціями експертів ВООЗ, розрізняють два періоди: лікарняний та після лікарняний, у кожного з них є визначені етапи. Перший період включає I етап реабілітації — лікарняний (стаціонарний), а після лікарняний період — II етап — поліклінічний або реабілітаційний, санаторний і III етап — диспансерний [44, с. 46].

I етап реабілітації — лікарняний (стаціонарний) — розпочинається у лікарні, де після встановлення діагнозу лікар складає хворому програму реабілітації. Вона містить терапевтичні або хірургічні методи лікування і спрямована на ліквідацію чи зменшення активності патологічного процесу, попередження ускладнень, розвиток тимчасових або постійних компенсацій, відновлення функцій органів і систем, уражених хворобою, поступову фізичну активізацію хворого. На цьому етапі у відновлюючому лікуванні застосовують лікувальну фізичну культуру, лікувальний масаж, засоби фізіотерапії, елементи ерготерапії. Визначають функціональний стан хворого, резерви організму і наприкінці етапу коректують і накреслюють подальшу програму реабілітаційних заходів.

II етап реабілітації — поліклінічний, або реабілітаційний, санаторний починається після виписки хворого зі стаціонару, у поліклініці, реабілітаційному центрі, санаторії в умовах покращання і стабілізації стану хворого, при значному розширенні рухової активності. На цьому етапі переважає фізична реабілітація і використовують всі її засоби. Основну увагу у програмі реабілітації приділяють поступовому збільшенню фізичних навантажень, загальному тренуванню» підвищенню функціональної здатності, загартуванню організму, виявленню резервних його можливостей;

підготовці людини до трудової діяльності; оволодінню інвалідами пристроями для самообслуговування і засобами пересування.

Наприкінці періоду, після всебічного обстеження з обов'язковим тестуванням фізичного стану подають висновки щодо функціональних можливостей пацієнта і його готовності до праці. Відповідно до цього людина повертається на своє робоче місце або стає до роботи з меншими фізичними і психічними навантаженнями. При значних залишкових функціональних порушеннях і анатомічних дефектах пацієнтам пропонують перекваліфікацію, роботу вдома, а при глибоких, важких і не зворотних змінах з ними проводять подальше розширення зони самообслуговування і побутові навички.

III етап реабілітації — диспансерний. Основною метою цього етапу є нагляд за реабілітованим, підтримка і покращання його фізичного стану і працездатності у процесі життя. Програма передбачає профілактичні заходи, періодичні перебування у санаторії, заняття фізичними вправами у кабінетах лікувальної фізкультури, групах здоров'я, самостійно; медичні обстеження з проведенням тестів з фізичним навантаженням для визначення функціональних можливостей організму. Останнє дає об'єктивні показники для обґрунтованих рекомендацій щодо адекватності виконуваної роботи, змін, умов праці, перекваліфікації і, загалом, способу життя.

На всіх етапах реабілітації, а особливо на II—III, велику роль відведено роботі психологів, педагогів, соціологів, юристів, спрямованій на адаптацію людини до того стану, у якому вона опинилася, розв'язанню питань професійної працездатності, працевлаштування, умов праці і побуту, надання інвалідам технічних засобів, вступу до товариств і об'єднань, у тому числі і спортивних. Незалежно від етапу реабілітації з хворим постійно працюють реабілітологи, які періодично переглядають її програму з урахуванням досягнутого ефекту.

Таким чином, принципова схема сучасної системи медичної реабілітації виглядає так: лікарня — поліклініка (або реабілітаційний центр, санаторій) — диспансер. Ця система застосовується при важких захворюваннях та травмах і станах організму, що можуть призвести до інвалідності і непрацездатності.

Безперечно, що у разі тієї чи іншої патології кожний етап має свої особливості і не завжди всі вони будуть присутні у процесі відновного лікування, що пов'язано з важкістю, характером і клінічним перебігом захворювання або травми, терапевтичним чи хірургічним методом лікування, прогнозом виходу з хвороби [44].

Головними принципами, на яких базується вся галузь фізичної реабілітації є:

- принцип оздоровчої спрямованості,
- принцип всебічного гармонійного розвитку людини,
- принцип зв'язку з трудовою діяльністю.

Ефективність застосування засобів фізичної реабілітації при артеріальній гіпертензії з метою психофізичної реабілітації та соціальної реадaptaції хворого залежить від знання та врахування дидактичних принципів:

- принципу свідомості;
- принципу активності;
- принципу систематичності;
- принципу поступовості;
- принципу послідовності;
- принципу індивідуалізації;
- принципу сполученої взаємодії;
- принципу науковості;

- принципу виховуючого навчання;
- принципу міцності;
- принципу прогресуючої складності.

— Першим й найголовнішим є принцип свідомості. Він полягає в тому, що кожний хворий, виконуючи будь-які вправи процедур реабілітації, повинен чітко розуміти, що він робить, який ефект дає той чи інший засіб і як треба цей засіб використовувати.

— Принцип активності полягає в тому, що хворий бере активну участь у досягненні своєї мети — видужання.

— Принцип систематичності полягає в тому, щоб хворий застосовував засіб реабілітації систематично, щоденно повторюючи багато разів, закріплюючи отриманий в попередніх заняттях ефект.

— Принцип поступовості логічно пов'язаний з попереднім й полягає в тому, що від кожної попередньої до кожної наступної процедури здійснюється нарощування навантаження за обсягом та інтенсивністю, що і необхідно для забезпечення відновлення функціональних можливостей хворих.

— Принцип послідовності полягає в тому, що від кожної попередньої до кожної послідуєщої процедури рухові завдання ускладнюються (від простого до складного). Крім того, здійснюється додавання нового матеріалу, що спирається на вивчений попередньо (від відомого до невідомого).

— Принцип індивідуалізації означає врахування всіх особистих даних хворого (віку, статі, захворювання, функціонального стану, фізичного розвитку, фізичної підготовленості та ін.), що забезпечує індивідуальний результат від процедур.

— Принцип сполученої взаємодії базується на врахуванні взаємного впливу різних можливостей, вмінь та якостей, що означає: треба формувати навички або якості настільки, щоб вони не впливала негативно на інші.

— Принцип науковості вимагає втілення в лікувально-реабілітаційну практику даних, отриманих у процесі наукових досліджень, тобто рекомендованих сучасною наукою, намагаючись використовувати наукові дані оперативно, наскільки це можливо.

— Принцип виховуючого навчання вказує на те, що в процесі лікування та реабілітації теж здійснюється навчання (хворі отримують багато нової інформації про особливості хвороби, засоби лікування та реабілітації, правила їх застосування та ін.). У той же час повинен здійснюватись виховний процес. Хворих виховують, як бути здоровими, чому необхідно зберігати здоров'я і які умови цьому сприяють.

— Принцип міцності припускає необхідність використовувати той чи інший засіб реабілітації доти, доки не буде отриманий стійкий позитивний результат.

— Принцип прогресуючої складності полягає в тому, що застосовуючи рухи, треба враховувати не тільки лікувальну їх дію, а й підтримання зацікавленості хворого до рухів, крім того, рухи, що поступово складнішають, вимагають від хворого виявлення психологічних якостей: наполегливості, сумлінності, вольових зусиль, що й сприяє психокорекційному ефекту процедур фізичної реабілітації в цілому.

Усі методи, що використовуються у фізичній реабілітації при лікуванні артеріальної гіпертензії під час використання вправ можна розподілити на методи організації хворих, методи організації виконання вправ, методи навчання вправам, методи дозування навантаження.

Методи організації хворих на артеріальну гіпертензію включають: фронтальний (коли працюють усі хворі одночасно), груповий (коли хворих

поділяють на групи залежно від захворювання, віку, статі та ін.), що забезпечує можливість більше враховувати особливості й підбирати спеціальні засоби, які підвищують ефективність процедури, та індивідуальний.

При виконанні вправ з метою збереження зацікавленості хворих до занять користуються різноманітними засобами другої групи методів. Сюди належать: фронтальний метод, який передбачає високу щільність занять; груповий — урізноманітнює заняття; позмінний — вправи виконуються групами позмінно; почерговий — полягає в тому, що один хворий виконує завдання в той час, коли інші відпочивають; поточний, коли вправи виконують хворі один за одним; парний, колове тренування, коли хворі розподіляються на групи і виконують різні завдання на 8—12 станціях, отримуючи багатогранний вплив вправ на організм, що ефективно сприяє реабілітації; індивідуальний, це виконання індивідуального завдання під час процедури.

Проведення процедур фізичної реабілітації пов'язано з процесом оволодіння хворими різними рухами. Навчання рухам обумовлює необхідність використовувати спеціальні методи. До цієї категорії методів відносять три групи.

Методи дозування навантажень об'єднують три групи методів: метод суворо регламентованого навантаження, ігровий та змагальний.

Метод суворо регламентованого навантаження здійснюється за рахунок навантаження й відпочинку, тобто виконання вправи безперервно або інтервально.

Показання та протипоказання до фізреабілітації хворих на артеріальну гіпертензію.

Хворим на артеріальну гіпертензію першої та другої стадії заняття ЛФК та сеанси масажу назначають при відсутності слідуючих протипоказань:

- Значне підвищення АТ (більш 220/130 мм рт. ст) та його стабілізації на більш низьких цифрах;
- Стан після гіпертонічної кризи, значне зниження АТ (на 20-30% від початкового рівня), що супроводжується різким погіршенням самопочуття хворого;
 - Розвиток гострого інфаркту міокарду;
 - Предінсультний стан хворого;
 - Порушення серцевого ритму (мерцальна аретмія), екстрасистолія (більш ніж 4 екстрасистоли на 40 скорочень серця), пароксизмальна тахікардія;
 - Розвиток приступу стенокардії, різка слабкість;
 - Тромбози та тромбоемболії.

Лікування може здійснюватися за допомогою фармакологічних і нефармакологічних методів. До нефармакологічного лікування відносять:

- а) пониження маси тіла за рахунок зменшення в дієті жирів і вуглеводів;
- б) обмеження споживання кухарської солі
- в) методи кінезітерапії і фізіотерапії;
- г) курортне лікування;
- д) психотерапевтична дія.

Самі по собі нефармакологічні методи лікування найбільш ефективні у хворих з I стадією захворювання. Але вони постійно використовуються як фон для успішного проведення фармакологічного лікування і при інших стадіях захворювання.

Прийнято виділяти три етапи реабілітації:

1. реконвалісценція — етап одужання з відновленням порушених біологічних і психологічних функцій організму;
2. реадаптація — етап пристосування до побуту, праці, навчання, навколишнього середовища;
3. ресоціалізація — етап відновлення соціальних функцій і положення індивідуума в соціальній макро- і мікросфері. І Пошук нових шляхів лікування артеріальної гіпертонії при різних захворюваннях з урахуванням патогенетичних механізмів зриву регуляції АТ привело до широкого впровадження в лікувальну практику комплексної методики лікування цих хворих і їх реабілітації.

Реабілітація хворих на артеріальну гіпертензію повинна бути суворо індивідуальною і плануватися відповідно до наступних принципів.

1. Лікування осіб з прикордонною артеріальною гіпертензією і хворих на артеріальну гіпертензію I стадії проводиться, як правило, немедикаментозними методами (без сольова дієта, лікувальна фізкультура, аутогенне тренування і ін.). Лише за відсутності ефекту призначають лікарські засоби.

2. У хворих I та II стадії провідна роль в лікуванні належить медикаментозній терапії, яка повинна носити комплексний характер. Разом з тим необхідно систематично виконувати і профілактичні заходи, серед яких істотне місце займають засоби фізичної культури.

3. Фізичне навантаження хворих повинне відповідати стану хворого, стадії процесу і формі захворювання.

4. В процесі фізичної реабілітації необхідне направлене тренування хворих для стимуляції відновних процесів в організмі.

5. Поступова адаптація організму хворого до зростаючого фізичного навантаження.

6. Рухова активність хворих повинна здійснюватися при ретельному і систематичному лікарському контролі.

7. Кінцевою метою фізичної реабілітації хворих на артеріальну гіпертензію повинне стати підвищення фізичної працездатності хворих.

Вивчення літературних та наукових джерел по питанню артеріальної гіпертензії дозволяють зробити наступні висновки про те що, незалежно від клінічного і патогенетичного варіантів перебігу артеріальної гіпертензії підвищення АТ приводить до розвитку атеросклерозу трьох основних органів: серця, головного мозку, нирок. Саме від функціонального стану залежать перебіг і результат артеріальної гіпертензії.

Усі методи, що використовуються у фізичній реабілітації при лікуванні артеріальної гіпертензії під час використання вправ можна розподілити на методи організації хворих, методи організації виконання вправ, методи навчання вправам, методи дозування навантаження.

Головними принципами, на яких базується вся галузь фізичної реабілітації є:

- принцип оздоровчої спрямованості,
- принцип всебічного гармонійного розвитку людини,
- принцип зв'язку з трудовою діяльністю.

На всіх етапах реабілітації, а особливо на II—III, велику роль відведено роботі психологів, педагогів, соціологів, юристів, спрямованій на адаптацію людини до того стану, у якому вона опинилася, розв'язанню питань професійної працездатності, працевлаштування, умов праці і побуту, надання інвалідам технічних засобів, вступу до товариств і об'єднань, у тому числі і спортивних. Незалежно від етапу реабілітації з хворим постійно працюють реабілітологи, які періодично переглядають її програму з урахуванням досягнутого ефекту.

В даний час більшість учених вважають, що пусковим механізмом при артеріальній гіпертензії є перенапруження нервово-психічної сфери, до вторинних механізмів відносять нирково-ішемічний і ендокринно-обмінні чинники.

Причинами виникнення артеріальної гіпертензії є атеросклерозні поразки периферичних судин і порушення нейроендокринної регуляції.

Основна мета реабілітації — адаптація до праці на попередньому робочому місці або реадаптація, тобто праця з меншими нервово-психічними і фізичними навантаженнями на новому робочому місці, але на тому самому підприємстві.

1.2 ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ТОЧКОВОГО МАСАЖУ НА ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

1.2.1. Клініко-фізіологічне обґрунтування впливу точкового масажу на організм хворих на артеріальну гіпертензію

Точковий масаж займає одне з найважливіших місць серед немедикаментозних методів лікування і реабілітації артеріальної гіпертензії. При регулярних процедурах відбувається зниження АТ, зменшення ЧСС, збільшуються сила і продуктивність серцевого м'яза, ефективніше функціонують депресорні системи. Під впливом контактування з важливими точками на тілі людини, настає узгодження величин серцевого викиду і судинного опору кровотоку, котре лежить в основі нормалізації АТ при артеріальній гіпертензії.

Завдяки точковому масажу додатково розкривається велика кількість резервних капілярів і АТ може декілька знизитися, оскільки зменшується периферичний опір і серцю досить виконати меншу роботу. Відомо, що розвиток позасерцевих чинників кровообігу, що настає при дозованому

самомасажі та при точковому масажі спеціалістом, також сприяє поліпшенню периферичного кровообігу.

Точковий масаж, будучи біологічним стимулятором регулюючих систем, забезпечує активну мобілізацію пристосовних механізмів і підвищують адаптаційні можливості організму і толерантність хворого до масажних навантажень. Вельми важливо і те, що виконання точкового масажу супроводжується, як правило, виникненням певних емоцій, що також позитивно впливає на протікання основних нервових процесів в корі великих півкуль.

Застосування різних засобів і прийомів для зниження підвищеного АТ (погладжування, розтирання певних зон, натиснення з подальшим розслабленням) може бути використане і для зниження підвищеного судинного тону. Застосування точкового масажу надає позитивну дію на самопочуття хворого на артеріальну гіпертензію: зменшуються дратівливість, головні болі, запаморочення, безсоння, підвищується працездатність.

Рецептори, що відповідають за рівень артеріального тиску людини, знаходяться в гіпоталамусі і задньому відділі головного мозку. Вони отримують імпульси від судин про їх стан. Сенс масажу при гіпертензії полягає в тому, щоб заспокоїливо впливати на ці рецептори.

Проведення сеансів масажу при високому тиску направлено на те, щоб нормалізувати емоційний фон пацієнта, прибрати специфічні симптоми гіпертонії (шум у вухах, запаморочення, нудота, прискорене серцебиття, чорні мушки перед очима), зняти спазм судин і наситити мозок киснем.

В результаті при точковому масажі посилюються окислювально-відновні процеси в тканинах, підвищується роль ферментативних систем, підвищується настрій та загальне самопочуття людини.

Фахівці використовують сильний, середній і слабкий методи.

Сильний - гальмівний метод, виконує знеболюючу та релаксуючу дію. Допускається тиск з силою, необхідною для проникнення через м'які тканини до кісткової системи (дуже обережно на шиї), і досягаючи за інтенсивністю больового порогу й іррадіації. Рухи по колу, вібрація і натиснення виконуються періодично, тобто 20-30 с зі зростаючою силою і 5-10 с зі спадаючою силою натискання на точку. Між фазами палець не відривається від шкіри. Загальний час впливу на точку - 5 хв і більше. Для визначення дозування можна використовувати появу вазомоторної реакції (зникнення блідої плями після натискання) або повне розслаблення м'язів, що відчувається масажними пальцями.

Середній - гальмівний варіант, виконує релаксуючу дію. Тиск подається з силою, що проникає в м'язи, до відчуття розпирання, оніміння, ломоти (обережно на шиї). Частота рухів невелика: 10-20 на с, зі збільшенням сили і 3-5 на с при зменшенні тиску на точку. Загальний час впливу на точку - 2-3 хв. Визначенням дози може бути вазомоторна реакція (значне почервоніння шкіри) в місцях масажу.

Слабкий - збудливий варіант, виконує стимулюючу дію при гіпотонії м'язів. Для досягнення ефекту подразнення палець обертається, вібруючи або натискаючи, заглиблюючись у шкіру і підшкірну клітковину протягом 4-5 с, після чого палець відривається від шкіри на 1-2 с. Тривалість натиснення на кожну точку - в середньому 1 хв.

Протипоказаннями до проведення точкового масажу є:

- наявність злоякісних і доброякісних пухлин;
- захворювання на туберкульоз, виразку шлунка та дванадцятипалої кишки;
- глибокі ураження внутрішніх органів;
- захворювання крові;
- психічні розлади;

- гарячковий стан.

Точковий масаж не можна проводити в місцях проходження великих судин і нервових сплетінь, на молочних залозах, в пахвовій і паховій областях, на статевих органах, в місцях варикозного розширення вен. У людей похилого віку не можна сильно масажувати шию і область підколінної ямки, внутрішню поверхню стегна та плеча. Масаж не слід проводити ослабленим пацієнтам, натщесерце і відразу після їжі, в стані алкогольного сп'яніння, під час менструації, при вагітності, при різких змінах атмосферного тиску, коливаннях магнітного впливу навколишнього середовища.

Масаж протипоказаний на запалених ділянках шкіри, в місцях бородавок і родимок, рубцях, лімфовузлах. Також він протипоказаний при гострих хірургічних захворюваннях, що вимагають втручань, шкірних хворобах і пошкодженні шкірного покриву, злоякісних і доброякісних новоутвореннях, захворюваннях, що супроводжуються підвищеною температурою тіла (вище за 38 градусів по Цельсію), психічних хворобах, інфаркті міокарда, вадах серця, захворюваннях крові, інфекційних хворобах. У разі різкого погіршення стану пацієнта, під час сеансу необхідно перервати процедуру й вжити заходів для нормалізації стану.

Не слід масажувати точки, розташовані поблизу болісно зміненої шкіри (почервоніння, припухлість, гнійники, лущення).

Біологічно активні точки (БАТ) добираються індивідуально, залежно від функціонального стану м'язів і обумовлені поставленою метою.

За допомогою засобів точкового масажу відновлюється координація різних функцій організму для урівноваження з умовами середовища. Засобами масажу є фізичний вплив на активні точки, в яких зосереджені нервові закінчення. При його правильному виконанні пацієнт відчуває біль в активних точках, який згодом згасає, а потім взагалі зникає.

Точковий масаж – це засіб комплексної терапії, що активує механізми, які є фізіологічною мірою захисту організму проти хвороб.

Відбувається перебудова функцій окремих систем і органів, взаємин між ними, що пов'язані з посиленням регулюючих впливів центральної нервової системи. Такий організм краще адаптується до фізичних навантажень, поліпшується координація його різних фізіологічних зрушень при фізичній роботі. На фоні загально зміцнюючої, оздоровчої дії точкового масажу на організм хворого відбувається і відновлення окремих, порушених в ході захворювання функцій організму.

Одним з основних завдань масажу є дія на весь організм в цілому, покращення стану при артеріальній гіпертензії, зміцнення всього організму.

Позитивні емоції, що виникають при точковому масажу, сприяють утворенню нового стереотипу самопочуття, підсилюючи збудливий тонус кіркових клітин і підкіркових вегетативних центрів.

Вивчаючи роботу східних фахівців з точкового масажу, сучасні дослідники дійшли висновку, що «біологічно активні точки» (БАТ) мають ряд специфічних особливостей:

- низьким електрошкірний опором;
- високим електричним потенціалом;
- високої шкірної температурою;
- високої больовий чутливістю;
- підвищеним поглинанням кисню;
- високим рівнем обмінних процесів.

Точковий масаж чинить великий вплив на діяльність кровообігу в тілі, в ділянці з активною точкою та поруч. Точковий масаж не тільки стимулює діяльність кровообігу, але і створюють сприятливі умови для роботи серця і його рефлекторного механізму. Прискорюється кровоток, збільшується число функціонуючих капілярів, зростає артеріовенозна різниця в насиченні крові і

киснем, що свідчить про підвищення утилізації кисню тканинами. Виробляється депресорна реакція судин на м'язову діяльність, що сприяє нормалізації підвищеного артеріального тиску.

Точковий масаж має й іншу назву - акупресура. Він позитивно впливає на нервові закінчення. При недотриманні техніки виконання процедури самопочуття хворого може погіршитися: підвищується ризик виникнення гіпертонічного кризу.

Показанням для проведення масажу при гіпертонічній хворобі є гіпертензія 1 або 2 ступеня. Від того, яким ступенем захворювання страждає пацієнт, залежить вибір техніки масажу.

Ступеня захворювання:

- на першій стадії захворювання підвищення тиску трапляється не систематично, а на тлі стресів або зміні клімату;
- друга стадія захворювання характеризується стійким підвищенням тиску;
- третя стадія супроводжується супутніми захворюваннями – атеросклероз судин, ішемія серця, тахікардія, порушення мозкової діяльності, захворювання нирок.

Також показанням для проведення процедури називають спадковий фактор. Якщо в сім'ї є родичі, які страждають на гіпертонію, після 45 років рекомендується профілактичний масаж для поліпшення роботи судин і зниження ризику розвитку захворювання.

Масаж при низькому тиску (гіпотонії) має іншу специфіку. Він потрібен, щоб привести в тонус кровеносні судини. Завдяки процедурі прискорюється процес обміну речовин, покращується рух лімфи і крові по організму. Масаж при гіпотонії допоможе позбутися від головного болю і нормалізує тиск.

Точковий масаж тривалий час не визнавався як лікувальний метод. Причина - вплив на певні точки лише незначно знижує високий артеріальний тиск. Ефективним цей масаж стає при натисканні на певні рефлекторні зони. Головне - натискати послідовно, ритмічно. Це дозволить торкнутися не тільки стінки кровоносних судин, але і нервові закінчення.

Точки масажу при гіпертонії потрібно вибирати так, щоб чинити тиск на потік крові, лімфи. Таким чином, активізується робота серцево-судинної системи, а м'язи, стінки кровоносних судин зберігають тонус.

Техніка точечного масажу включає різні прийоми: розтирання, поглажування, тиск (натиснення), вібрацію, захоплювання та інших. Поглажування виконується подушечкою великого (чи середнього) пальця з обертаючими рухами. Застосовують переважно у ділянці голови, особи, шиї, рук та, крім цього, у кінці всієї процедури.

Розтирання виконується подушечкою великого чи середнього пальця по годинниковій стрілці. Прийом розтирання використовується самостійно й більше, зазвичай, після від інших прийомів точечної масажу.

Розминання (натиснення) виконується кінчиком великого пальця чи двома великими пальцями (на симетричних точках), і навіть середнім чи вказівним пальцем. У цьому виробляють кругові обертальні рухи пальцем — спочатку повільно й слабо, поступово посилюючи тиск до появи почуття розпирання на місці впливу, потім послаблюють натиснення, тощо.

Захватування («щипок») виконується трьома пальцями правій кисті (вказівним, великим та середнім). У місці розташування БАТ захоплюють шкіру в складку і разминають — здавлюють, обертають її. Рух виконують швидко, уривчасто 3—4 рази. У місці впливу з'являється почуття оніміння, розпирання.

Прийом «укол» виконується кінчиком вказівного чи великого пальця в швидкому темпі.

Вибрація виконується великим чи середнім пальцем. Колихальні рухи треба робити швидко, не відриваючи палець від масуючої точки.

Перед проведенням сеансу масажу хворий на артеріальну гіпертензію повинен заспокоїтися, виміряти тиск, нормалізувати дихання, розслабитися. Вплив на рефлекторні точки надають великим і вказівним пальцем. Схема для акупунктури виглядає наступним чином:

- Точка під нижньою щелепою біля пульсуючого сонної артерії: потрібно натискати на це місце протягом 10 секунд. Після - відпустити і повторно натиснути.
- Бічні і передні точки на поверхні продавлюються за тією ж схемою: 10 секунд продавлюємо рефлекторні зони, робимо перерву, знову продавлюємо.
- Натискати на точки в середині основи черепа і на потилиці. Рефлекторний вплив виконується 3 рази по 10 секунд.
- Трьома пальцями потрібно вплинути на задню частину колінної чашечки. Цю зону продавлюють протягом 5 хвилин.
- Близько 5 хвилин масажується зона вище внутрішньої частини щиколотки.
- Мочку вуха рекомендується продавити і промасажувати 3 хвилини.
- Тисніть на точку, розташовану в середині лівої, правої стопи.

Необов'язково за один сеанс продавлювати всі рефлекторні точки акупунктури, досить впливати на 3-5 точок. За умови правильного виконання масажу хворий відчує приємне тепло, невелику ломоту в тілі. Важливою умовою акупунктури є вимірювання артеріального тиску до сеансу і після. Погана динаміка говорить про те, що сеанси потрібно скасовувати.

Особливе значення в лікуванні хворих на артеріальну гіпертензію надається дихальним вправам. Причому, деякі автори рекомендували

застосовувати у хворих артеріальною гіпертензією тільки дихальні вправи перед сеансом точкового масажу.

Значна увага, яка приділяється дихальним вправам, пов'язана з їх дією на нервову, серцево-судинну і дихальну системи. Дихальні вправи при артеріальній гіпертензії сприяють зниженню тону судин, збудливості вазомоторних центрів, є основним засобом боротьби з гіпоксією.

Використання масажу та дихальних вправ переслідує цілі: впливати на судинний тонус і укріпити загальний гальмівний ефект при вираженій нерівноваженості нервових процесів, виховати навички правильного дихання, понизити фізичне перевантаження.

Під впливом масажу у хворих з захворюванням серцево-судинної системи змінюються показники осцилографічної кривої, що характеризує показник стану тону судин та величину артеріального тиску. При адекватних впливах та використанні спеціальних прийомів точковий масаж у співвідношенні з патогенетичними та клінічними особливостями захворювання наступають добрі зміни.

У більшості наглядань після процедури зменшувався максимальний тиск на 10-20 мм.рт.ст., мінімальний – на 5-15 мм.рт.ст., після 15 хвилинного відпочинку артеріальний тиск дещо підвищувався. Середній артеріальний тиск знижувався у тих же границях. Осцилографічний індекс дещо знижувався або не змінювався. Частота пульсу не мінчалась. Лише після масажу живота пульс утримувався.

Під впливом курсу лікування масажем голови помічалися добрі зміни клінічних показників: зменшувалось тяжіння у голові, в області лобу, очей; зменшувался або зникав головний біль, головокружіння.

1.2.2 Основні задачі і принципи побудови програм точкового масажу для хворих на артеріальну гіпертензію I-II ст.

Основними прийомами точкового масажу є:

- безперервне поглажування або легкий дотик;
- натиснення пальцем (подушечкою великого або середнього пальця) або долонею;
- глибоке натиснення (при виконанні цього прийому під пальцем масажиста має утворюватися невелика ямка).

Застосовуючи ці прийоми, треба дотримуватися наступних рекомендацій:

- Вплив на точку має бути обережним і спрямованим перпендикулярно до поверхні шкіри.
- Поглажування має бути безперервним.
- Прийоми можуть виконуватися за допомогою обертальних або вібруючих рухів.
- Обертання здійснюється в горизонтальній площині за годинниковою стрілкою.
- Поглажування з обертанням може виконуватися з невеликим тиском.
- Поглажування може виконуватися швидко чи повільно, але протягом усього впливу заданий темп повинен зберігатися.
- Глибоке натиснення має бути нетривалим [1].

Залежно від тривалості та інтенсивності впливу точковий масаж може надавати або тонізуючу, або заспокійливу дію. Цим і пояснюється існування двох методів даного масажу: тонізуючого і заспокійливого. Основою тонізуючого методу є застосування коротких сильних натискань і переривчастої вібрації протягом 30-60 сек.

Тонізуючий масаж не рекомендується проводити після заходу сонця. Заспокійливий метод заснований на використанні плавного, повільного обертального погладжування (не зрушується шкірний покрив) і натискання подушечками пальців з поступовим збільшенням тиску і затримкою пальця на глибині. Кожен рух масажист повторює 3-4 рази, не відриваючи палець від точки.

Тривалість дії на кожную точку - 3-5 хв. Перед початком сеансу пацієнт повинен зайняти зручне положення, максимально розслабитися, відволіктися від сторонніх думок, зосередити свою увагу на діях масажиста і своїх відчуттях, налаштувавши себе на позитивний результат.

При застосуванні точкового масажу основний лікувально-відновний процес органічно зливається з навчанням хворих. Тому при застосуванні до хворих різних приватних методик важливе значення має дотримання дидактичних принципів:

- а) свідомості
- б) активності
- в) наочності
- г) доступності
- д) систематичності.

При стабілізації клінічного перебігу артеріальної гіпертензії і для профілактики ускладнень точковий масаж застосовують як метод симптоматичної терапії, направлений на зниження функціональних порушень серцево-судинної системи і суб'єктивних проявів захворювання. Ефективність застосування фізичних лікувально-тренувальних навантажень визначається їх інтенсивністю і частотою, що разом визначає об'єм програми для хворого.

Сеанс точкового масажу проводяться індивідуально; обов'язково визначається фізіологічна крива сеансу, що дозволяє точно дозувати рухи та навантаження на тіло.

Масаж як лікувальний метод показаний при I та II стадіях артеріальної гіпертензії. При III стадії артеріальної гіпертензії масаж застосовувати не можна!

Методика: хворий знаходиться в положенні сидячи з опорою на підголовник або подушку. Починають масажувати з сегментів В 7-2 в міжлопатковій області по 1-й і 2-й лініях спини, всі рухи зверху вниз. Виконують погладжування площинне (3—4 паси уздовж хребта), розтирання пальцями прямолінійне, кругове, спіралевидне (по 3—4 паси), розминання, натискання, зрушення, розтягування щипцеподібне (по 2—3 рухи); вібрацію лабільну, непереривисту, легку пальцями зверху вниз. Потім масажують | комірну область від точки Фен-фу до Цзянь-юй, від потиличного горба і до плечових суглобів (всі рухи зверху вниз). Проводять погладжування що обхвачує (3—4 паси), площинні, гребенеподібні (по 2-3 рухи); розминка - пальцями, натаскання щипцеподібне, зрушення, розтягування, поперечне, і подовжнє по надпліччям (по 2—3 рухи); вібрації легкі не переривисті пальцями (по 2—3 рухи). Після цього впливають на точки Тянь-Ю, Фень-чи, фен-фу, на місця прикріплення грудинсько-ключично-сосцевидного м'яза з обох боків, на місця проходження малого потиличного нерва на обидві сторони шиї ззаду і область під потиличним горбом голови — погладжування і розтирання, натискання і точкові седативні дії на 4—5 с.

Потім впливають на області від потиличного бугра до тім'я — від точки Фен-фу до точки Бай-хуей. Прийом розтирання, зрушення всіх тканин кінцевими фалангами II — V пальців, всі рухи по 5—6 разів виконувати тільки вгору від потиличного горба.

Після цього масажують волосисту частину голови з урахуванням напрямку зростання волосся і зачіски хворого. Всі рухи проводити, використовуючи прийоми граблеподібного погладження, розтирання, натискання, по 2—4 рухи. Потім хворий відкидає голову назад, можна обперти її на груди масажиста, що стоїть ззаду. Проводять масаж області обличчя: площинні погладження по лобовій частині лица (всі рухи від середньої лінії до вушних раковин, по 4—5 рухів), розтирання даної області пальцями по всій поверхні лица, розминання-натискання, стиснення пальцями; виконання прийомів погладження, розтирання і щипцеподібну розминку на області надбрівних дуг від початку брів і до кінців, проводять кожен рух по 3—4 рази, завершують масаж на обличчі пунктируючими рухами на області виходу підчочномкового нерва, одночасно впливаючи як справа, так і зліва вібрацією. Проводять масаж волосистої частини голови (граблеподібне погладження), масаж комірної області (всі прийоми зверху вниз).

Тривалість сеансу 10-12 хв., на курс 20—24 процедури (для зняття головного болю — до 2 разів на день).

Рекомендується при артеріальній гіпертензії масаж комірної зони по Щербаку: шия від волосяної частини голови, надпліччя, верхня частина спини та грудей. Хворий на час процедури може сидіти або лежати. Застосовується розтирання паравертебрально у місцях виходу корінців, по направленню до позвонку, рухаючись знизу вгору, а потім масирувати область гострих відростків, розполоджуючи їх між пальцями. Прийом штрихування впливає на бік, над та під проекцією кожного острого відростка. Після цього впливають на розгиначі верхньої частини спини, задню поверхню шиї, надпліччя та верхню частину грудей прийомами погладження, розтирання та розминання. Масаж не повинен бути енергійним.

У I-II стадії при відсутності судинних кризів та виражених явищ склерозу судин головного мозку, серця та нирок використовується масаж паравертебральної області шийних та верхніх рудних сегментів. Прийоми глибокого поглажування, розтирання та розминання впливають на область голови, включаючи лобну та волосисту частину, шию та воротникову зону. Тривалість 10-15 хвилин, курс лікування 12-20 процедур, кожен день або через день.

Ми спостерігали добрий вплив масажу по методиці Мошкова у співвідношенні з лікувальною гімнастикою та різними фізичними факторами у хворих на артеріальну гіпертензію I та II стадії.

При гіпертонічному кризі у період постільного режиму точковий масаж назначати не слід. Його можливо використовувати при переводі хворого на полу постільний режим у випадку благоприємної динаміки клінічних показників та АТ. При прояві кризи у період комплексного лікування фізичними факторами масаж слід тимчасово зупинити та почати лише при покращенні самопочуття, а також після 1-2 процедур фізичних факторів, які були назначені до криза. Після криза масаж як по інтенсивності, так і по обсягу повинен застосовуватися по шадящій методиці.

В умовах клініки точковий масаж спини та комірної зони у області сегментів з використанням усіх прийомів масажу назначається з 7-10 дня. Перші 3-4 процедури тривалістю 8-10 хвилин з більшим використанням прийомів поглажування, послідуєчі – 15 хвилин, курс лікування 8-12 процедур, кожен день.

Масаж не тільки знижує АТ, але й попереджує появу атеросклерозу, тому що зберігає еластичність усіх м'язів та кровоносних судин.

Показано, що використання точкового масажу, ручного масажу, підводного душ-масажу при задовільному стані хворого може давати ефект без назначення медикаментозної терапії, вчасності, при попутному

остеохондрозі, захворюванні суглоб, периферичної нервової та дихальної систем, ожирінні. Особливо добрий вплив оказує масаж на мозкову гемодинаміку.

Точковий масаж добре поєднується з ЛФК, медикаментами та фізичними факторами. Його можна починати як до, так і після впливу різних форм лікувальної фізкультури, виключення є тільки вправи у басейні. При цій формі лікувальної фізкультури масаж назначають до процедури у басейні, але не пізніш за 30 хвилин до неї.

Точковий масаж можна призначувати до електросну або через 2 години та більше після нього.

При гальванізації по глазно-затилочній методиці чи шийно-симпатичних вузлів точковий масаж можна назначати як до так і після з різними інтервалами.

Масаж можна використовувати одночасно з УФ та сонячним опроміненням, після опромінення масаж не показан.

Індуктотермія на поясничну зону та на зону нирок поєднується в один день з масажем воротникової зони. Масаж можна назначати до та після цих процедур як з інтервалами так і без.

Аеро та гідроаероіонізація, електроаерозолі, інгаляції кисню в палатці в один день поєднують з точковим масажем, який можна використовувати з інтервалами та без.

У один день з точковим масажем можна застосовувати різні ванни, прісні та мінеральні, але масаж слід назначати до ванни (не пізніше аніж 30 хвилин до неї) або 1-2 години після, при прийомі ванн через день їх треба чередувати з масажем.

Висновки до розділу I

В даний час більшість учених вважають, що пусковим механізмом при артеріальній гіпертензії є перенапруження нервово-психічної сфери, до вторинних механізмів відносять нирково-ішемічний і ендокринно-обмінні чинники.

Реабілітація — це суспільно необхідне функціональне і соціально-трудове відновлення хворих та інвалідів, що здійснюється комплексним проведенням медичних, психологічних, педагогічних, професійних, юридичних, державних, суспільних та інших заходів, за допомогою яких можна повернути потерпілих до звичайного життя і праці, відповідно до їх стану.

Основна мета реабілітації — адаптація до праці на попередньому робочому місці або реадаптація, тобто праця з меншими нервово-психічними і фізичними навантаженнями на новому робочому місці, але на тому самому підприємстві.

Незалежно від клінічного і патогенетичного варіантів перебігу артеріальної гіпертензії підвищення АТ приводить до розвитку атеросклерозу трьох основних органів: серця, головного мозку, нирок. Саме від функціонального стану залежать перебіг і результат артеріальної гіпертензії.

Артеріальна гіпертензія може привести до ряду ускладнень: серцевої недостатності, ішемічної хвороби серця, інсульту, ураженню нирок. Перебіг артеріальної гіпертензії у багатьох хворих (від 20 до 30%) ускладнюється гіпертонічним кризом.

Точковий масаж займає одне з найважливіших місць серед немедикаментозних методів лікування і реабілітації артеріальної гіпертензії. При регулярних процедурах відбувається зниження АТ, зменшення ЧСС, збільшуються сила і продуктивність серцевого м'яза, ефективніше

функціонують депресорні системи. Під впливом контактування з важливими точками на тілі людини, настає узгодження величин серцевого викиду і судинного опору кровотоку, котре лежить в основі нормалізації АТ при артеріальній гіпертензії.

За допомогою засобів точкового масажу відновлюється координація різних функцій організму для урівноваження з умовами середовища. Засобами масажу є фізичний вплив на активні точки, в яких зосереджені нервові закінчення. При його правильному виконанні пацієнт відчуває біль в активних точках, який згодом згасає, а потім взагалі зникає.

Точковий масаж – це засіб комплексної терапії, що акт активує механізми, які є фізіологічною мірою захисту організму проти хвороб.

Одним з основних завдань масажу є дія на весь організм в цілому, покращення стану при артеріальній гіпертензії, зміцнення всього організму.

Точковий масаж має й іншу назву - акупресура. Він позитивно впливає на нервові закінчення. При недотриманні техніки виконання процедури самопочуття хворого може погіршитися: підвищується ризик виникнення гіпертонічного кризу.

Масаж як лікувальний метод показаний при I та II стадіях артеріальної гіпертензії. При III стадії артеріальної гіпертензії масаж застосовувати не можна!

РОЗДІЛ II. МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обстежені 52 хворих у віці 32 — 65 років, яких розділили на 2 групи, рівнозначні за статтю, віком, основним клінічним проявам захворювання і структурі супутньої патології. Відповідно до рекомендацій у них визначена артеріальна гіпертензія II ступеню з високим ступенем ризику розвитку ускладнень [3, 5]. Дослідження виконували у Тернопільській обласній лікарні відновного лікування.

До першої групи увійшли 30 хворих, в лікуванні яких застосовували точковий масаж, лікувальний масаж, кисневий коктейль, інгаляція седативними травами.

У наших дослідженнях курс лікування складався з 10 щоденних процедур тривалістю 30 хвилин. Під час процедури масажу реабілітолог руками виконував в області "комірної" зони повільні рухи в напрямі масажних ліній з прийомами погладження, розтирання; і легкого розминання. Кисневий коктейль був збагачений травами жовчогінного та загально зміцнюючим складом. Інгаляції проводились на мінеральній воді з доданням м'яти, валеріани та меліси.

Друга група складалася з 22 хворих, яким точковий масаж не призначали, лише загальний. Всі хворі отримували рівноцінне медикаментозне лікування, препаратами гіпотензивного характеру.

Немедикаментозні методи лікування можуть і повинні застосовуватися в тім або іншому обсязі на будь-якій стадії захворювання. При легкій артеріальній гіпертензії без ознак поразки органів-мішеней немедикаментозні методи лікування повністю нормалізують артеріальний тиск. Ефект немедикаментозного лікування оцінюється через 2-4 місяця.

Центральну гемодинаміку оцінювали за допомогою методу ехокардіографу до і після курсу лікування з аналізом наступних показників:

ударний об'єм крові (УОК), ударний індекс (УІ), хвилинний об'єм крові (ХОК), серцевий індекс (СІ), частота серцевих скорочень (ЧСС), загальний периферичний судинний опір (ЗПСО).

Зниження маси тіла в осіб, що страждають ожирінням, може привести до нормалізації АТ при м'якій артеріальній гіпертензії. При помірному й вираженому підвищенні АТ в осіб з ожирінням нормалізація маси тіла підвищує ефективність медикаментозної гіпотензивної терапії зменшує гіпертрофію лівого желудочка.

Варто підкреслити, що основним принципом зниження маси тіла є зниження енергоспоживання (тобто енергетичної цінності раціону) і збільшення фізичної активності.

Комплекс обстеження включав вивчення ДМАТ на початку і в кінці перебування хворого стаціонарі за допомогою портативного апарату "Кардіотехніка-4000" з інтервалами виміру АТ в денний час (з 7 до 23 год) 30 хв і в нічний час (з 23 до 7 год) 60 хв. Моніторинг починали о 7 год і продовжували 24 год. Реєстрацію АТ здійснювали по загальноприйнятій методиці [4].

Таблиця 1

Статеві - віковий склад хворих на артеріальну гіпертензію

Вік	Основна група		Контрольна група	
	Ч	Ж	Ч	Ж
32-45	4	1	2	2
45-55	5	4	5	4
55-65	9	7	6	3
Всього:	30		22	

Роблячи висновки з таблиці 1 можна зробити висновок, що люди старшого віку більше хворіють артеріальною гіпертензією. Це видно як в основній так і в контрольній групі.

Таблиця 2

Професійний склад хворих на артеріальну гіпертензію

Група	Професії			
	Педагоги	Лікарі	Водії	Інженери
Основна	12	5	6	7
Контрольна	9	3	6	4

Аналізуючи таблицю 2, родимо висновок, що більш підвержені артеріальній гіпертензії люди з підвищеною емоційною напругою в роботі.

Таблиця 3

Розподілення хворих на артеріальну гіпертензію за тяжкістю захворювання

Показники	Основна група		Контрольна група	
	Ч	Ж	Ч	Ж
АТ				
АТ II ст.	10	10	7	6
АТ III ст..	6	4	5	4
Всього:	16	14	12	10

Таблиця 4

Тривалість захворювання на артеріальну гіпертензію

Група	Тривалість захворювання				
	1-5 років	5-9 років	10-14 років	15-20 років	Більш 20 років
Основна	3	5	6	6	10
Контрольна	2	3	4	5	8

Аналізуючи таблиці 3 та 4 можна сказати, що тяжкість захворювання збільшується з тривалістю патологічного процесу.

Статистичну обробку матеріалу проводили з використанням критерію Стьюдента.

Висновки до розділа II

Обстежені 52 хворих у віці 32 — 65 років, яких розділили на 2 групи, рівнозначні за статтю, віком, основним клінічним проявам захворювання і структурі супутньої патології. Відповідно до рекомендацій у них визначена артеріальна гіпертензія II ступеню з високим ступенем ризику розвитку ускладнень [3, 5]. Дослідження виконували у Тернопільській обласній лікарні відновного лікування.

У роботі застосовували методи аналізу літературних джерел, інструментальні та лабораторні методи, метод точкового масажу, анкетування, спостереження, експеримент, методи статистичної обробки даних.

Статистичну обробку матеріалу проводили з використанням критерію Стьюдента.

РОЗДІЛ III. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

3.1 ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОВЕДЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ТОЧКОВОГО МАСАЖУ ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ

3.1.1 Добовий моніторинг артеріального тиску у хворих на артеріальну гіпертензію.

Артеріальна гіпертензія є однією з головних причин інвалідності і летальності осіб працездатного віку, що надає проблемі не тільки медичного, але і соціального значення. Не дивлячись на досягнуті успіхи в лікуванні цього захворювання, ризик розвитку важких ускладнень залишається достатньо високим. У зв'язку з цим розробка ефективних заходів щодо реабілітації і вторинної профілактики артеріальної гіпертензії є актуальним завданням сучасної кардіології і фізіотерапії.

У реабілітації артеріальної гіпертензії необхідне впровадження нових відновних технологій, дефіцит яких в практичній охороні здоров'я відчувається достатньо гостро.

Відомо, що вимірювання АТ при артеріальній гіпертензії не відрізняється великою точністю. У зв'язку з цим останніми роками широкого поширення набув метод добового моніторингу АТ (ДМАТ), який володіє низкою переваг в порівнянні з традиційним способом, оскільки можливе його застосування в звичайних для хворого умовах роботи і домашній обстановці, а також визначення індивідуальних добових ритмів АТ для проведення диференціальної діагностики і оптимальної корекції артеріальної гіпертензії [9, 10]. Крім того, у хворих на артеріальну гіпертензію ДМАТ дозволяє

уникнути синдрому "білого халата", який часто зустрічається при вимірюванні АТ у осіб літнього і старечого віку [8].

У клінічній практиці ДМАТ частіше використовується в діагностичних цілях, а також для оптимізації медикаментозної терапії. Є лише одиничні роботи по моніторингу АТ у хворих на артеріальну гіпертензію під впливом масажу у комплексній фізичній терапії. Аналізували індекс часу (ІЧ) систолічної і діасголічнсьї гіпертензії за добу — відсоток вимірювань АТ, що перевищує 140 і 90 мм рт. ст. в період неспаннн і відсоток вимірювань АТ вище 12 і 80 мм рт. ст. в період сну [1].

Статистичну обробку матеріалу проводили з використанням критерію Стьюдента.

Показники добового моніторингу АТ хворих на артеріальну гіпертензію до і після курсового лікування. При аналізі даних ДМАТ хворих в початковому стані (до реабілітації) були виявлені нижчі значення рівня АТ, ніж під час одноразових його вимірювань на прийомах у лікаря і дані анамнезу.

Під впливом комплексного лікування, було виявлено зниження більш ніж на 15% систолічного і діастолічного АТ в денний, нічний час, а також в середньому за добу. У групі контролю динаміка цих показників виявилася менш значущою і статистично недостовірною.

Представляють інтерес отримані нами відомості про нормалізацію добової кривої АТ у хворих під впливом лікування. Серед них до кінця перебування в стаціонарі збільшилося з 20 до 50% за рахунок зменшення кількості пацієнтів з відсутністю або недостатнім зниженням АТ в нічний час. У групі контролю таких позитивних зрушень не виявлено.

Таким чином, можна зробити висновок, що ДМАТ має велике значення для об'єктивізації висновків про ефективність точкового масажу в програмах фізичної терапії при артеріальній гіпертензії. Найбільш простим і

прогностично важливим показником слід вважати ступінь нічного зниження АТ.

3.1.2 Поєднання точкового масажу в реабілітаційно-навчальних програмах для хворих на артеріальну гіпертензію на санаторному етапі відновлення

Численними дослідженнями переконливо показано, що зниження підвищеної систоли і діастоли АТ на 5—10 мм рт. ст. достовірно приводить до зменшення частоти інсультів мозку у чоловіків на 34%, у жінок на 56% і ішемічній хворобі серця (ІХС) на 21 і 37% відповідно [15]. У зв'язку з цим вельми актуальними стають багаторічні програми популяцій боротьби з АГ. У останнє десятиліття велике значення надається навчанню хворих з метою підвищення їх інформованості і активного залучення до лікувально-діагностичного процесу. При цьому досягнення згоди між лікарем і пацієнтом набуває одного з вирішальних значень в успішному лікуванні артеріальної гіпертензії і профілактиці її ускладнень [3,4,6].

Принципово важливим моментом з'явилося розділення чинників ризику на ті, що модифікуються, тобто ті, які можна змінити зусиллям волі лікаря і пацієнта і внаслідок цього зменшити несприятливий їх вплив на організм, перебіг хвороби, і ті, що не модифікуються, які не залежать від нашої волі, свідомості. Якщо врахувати, що характеру живлення додають одне з найважливіших значень у визначенні відмінностей між країнами по рівню загальної і серцево-судинної смертності, то дія на поведінкові реакції і характер харчування (модифікація способу життя), у тому числі і за допомогою підвищення інформованості пацієнтів, набуває ще важливішого значення [8].

У зв'язку з цим поєднане застосування не медикаментозних методів до і лікарської терапії, направлених на усунення впливу чинників ризику

(екзогенних і ендогенних), може розглядатися як своєрідний варіант терапії, опосередкований через генний апарат. Санаторно-курортне лікування з програмою лікування, де основна роль є у точкового масажу, в цьому плані органічно вписується в програму лікування і вторинної профілактики захворювання у таких хворих.

Вплив різних кліматичних і бальнеологічних природних чинників на основні ланки патогенезу артеріальної гіпертензії приводить до стабілізації стану хворих зі II стадіями захворювання (які в основному і прямують в санаторії), проте можна чекати, що ці дії будуть ще ефективніші, якщо пацієнта інформував про суть хвороби, можливості медикаментозної терапії, лікувальних процедур і заходів щодо зміни образу життя.

Не стосуючись питань обстеження пацієнта з АГ, які детально викладені в рекомендаціях ВНОК [7], ВІЗ [20], відзначимо тільки, що велика роль відводиться вимірюванню АТ самим хворим, що дозволяє оцінити його в різні дні в умовах повсякденного життя пацієнтів і встановити "ефект білого халата".

Самоконтроль АТ дисциплінує пацієнта і покращує прихильність до лікування, допомагає точніше оцінити ефективність лікування і потенційно понизити його вартість [4]. Самостійне амбулаторне моніторування АТ (САМАТ) необхідно призначати всім хворим артеріальної гіпертензії [2].

Суть її полягає в наступному,

1. Вимірювання АТ і частоти серцевих скорочень (ЧСС) після пробудження, лежачи в ліжку (оцінка ступеня уранішнього підйому АТ).

2. Реєстрація АТ і ЧСС сидячи (через 2 мін після зміни положення). Оцінка реакції АТ на зміну положення тіла (ортостаз).

3. Вимірювання АТ і ЧСС протягом дня через кожних 2—3 ч (оцінка уранішнього, денного і вечірнього профілю АТ і чинників, що впливають на нього).

4. Останній вимір перед відходом до сну. Вночі АТ не реєструється.

5. Наступне вимірювання АТ і ЧСС вранці після пробудження, лежачи в ліжку.

Вимірювання АТ проводяться протягом 2-3 діб до початку лікування і в період підбору медикаментозної терапії. Проведення САМАТ можливо і для контролю ефективності бальнеопроцедур. Розраховуються середні значення САТ і ДАТ, ЧСС, пульсового тиску (ПД) за періоди ранок (6.00-12.00), день (12.00-18.00), вечір (18.00- 24.00), визначаються час максимального підйому АТ, час і фактичні рівні уранішнього АТ, реакція на ортостаз. Навчання пацієнтів методиці САМАТ проводиться на заняттях школі хворих артеріальною гіпертензією. «Щоденник пацієнта з артеріальною гіпертензією». Вимірювання АТ вранці після пробудження, лежачи в ліжку (по нашій методиці), дозволяє судити про величину уранішнього підйому АТ і на підставі цього провести відбір пацієнтів для проведення добового моніторування АТ (СМАГ). Дана методика моніторування хворими АТ дозволяє не тільки оцінювати денний профіль і варіабельність АТ, але і формувати у пацієнтів позитивну мотивацію до лікування, виявляти хронобіологічні особливості перебігу захворювання в процесі лікування.

Програми і процес навчання пацієнтів з АГ.

Проведення повчальних програм показало їх реальну цінність для успішного контролю АГ як на індивідуальному, так і на популяції рівні, особливо в плані зниження смертності від мозкового інсульту (на 40—50%). Участь в освітній програмі покращує знання пацієнтів про хворобу, комплексно до медикаментозних і не медикаментозних методів лікування, є основою придбання практичних навиків самоконтролю і поліпшення якості життя.

Метою навчальної програми вважається формування позитивних змін в знаннях хворих про чинники ризику, про зміну образу життя, про дієтичні рекомендації, формування активної життєвої позиції і поліпшення здоров'я в цілому.

При підготовці проекту навчальної програми необхідно ідентифікувати так звані пункти-важелі або області знання, навиків, відносин і поведінки, які могли б мати найбільшу дію на здоров'ї пацієнтів [19]. Цьому сприяє проведення попереднього добровільного анкетування по вивченню інформованої майбутніх "учнів" про основні чинники ризику розвитку АГ і методи профілактики.

Важливим моментом другого етапу створення навчальної програми є набір досяжних цілей з визначенням вірогідності і ефективності впливу на вказані пункти і створенням критеріїв ефективною навчання.

Причому індивідуальні навчаючі знання і поведінку може бути передбачене на основі оцінки якості процесу викладання: гармонійна структурно-логічна послідовність, індивідуальний підхід, зворотний зв'язок, самоконтроль закріплення отриманих знань, допомога у виконанні рекомендацій.

Вважають, що одним з важливих напрямів в зміні стратегії охорони здоров'я є зростаючий вплив самого пацієнта на процес охорони здоров'я.

Виділяють 4 "ступені" успішної освіти пацієнтів [11], в завдання яких входить:

- 1) навчити пацієнтів процедурі вимірювання АТ;
- 2) розповісти про правила медикаментозного лікування і можливі ускладнення;
- 3) забезпечити літературою (видати друкарські матеріали, барвисто оформлені і доступні за змістом);

4) в процесі навчання використовувати позитивні якості сенсорного сприйняття (відео- і аудіокасети).

Таким чином, навчання хворих правилам здорового способу життя і самоконтролю повинне будуватися на сучасному науково-методичному рівні. Освіта пацієнтів повинна стати обов'язковим елементом лікування. Врешті-решт, хворий повинен стати "професором" в питаннях, що стосуються його захворювання.

Технічні засоби навчання.

Розвиток комп'ютерних і телекомунікаційних мереж дозволив проводити інтерактивну освіту пацієнтів із застосуванням мультимедійного устаткування, телепередач, відеоматеріалів і аудіозаписів, мережі Інтернет. Не втратили свого значення і буклети для пацієнтів, звукові матеріали — лекції.

Методи навчання.

Освіта пацієнтів проводиться як на індивідуальному рівні (домашнє інформування хворого і його сім'ї середніми медичними працівниками методом розповіді, інтерв'ю), так і класах у вигляді 1—2-денних сесій, школах пацієнтів і коронарних клубах (найбільш прийнятна форма для етапу санаторно-курортного лікування).

ВООЗ рекомендує формувати групи залежно від цілей навчання [12]:

- 1) для загального інформування про профілактичні заходи (група здоров'я);
- 2) по професійних інтересах (водії, льотчики і т. Ц
- 3) для проведення дискусій (нечисленні по складу і з високим освітнім цензом);
- 4) індивідуальній допомозі (хворі цукровим діабетом, АГ).

Так, в контрольованому дослідженні, було показано, що групове навчання, спрямоване тільки на дотримання дієтичних рекомендацій, вже

сприяло нормалізації АТ і зниженню маси тіла і було економічно вигідним [17]. Стратегія навчання висловлювалася в основоположному керівництві головними тезами, які дозволяють хворому: а) позначити суть проблем, б) знайти причину цих проблем, в) намітити можливі шляхи їх усунення, г) допомогти вибрати найбільш відповідний для даного хворого варіант вирішення проблем [3, 6,13].

Успішний контроль над хронічними захворюваннями можливий тільки за умови, коли в освіті пацієнтів беруть участь фахівці різних спеціальностей: лікар загальної практики, медична сестра, фармацевт, фізіотерапевт, психолог, стоматолог, лікар ЛФК, масажист, дієтолог (команда в освіті пацієнтів). Слід підкреслити, що активна роль пацієнтів в лікуванні свого захворювання можлива тільки на основі створення нової психології взаємин лікаря і хворого, що актуально на всіх етапах медичної допомоги (стаціонар— і поліклініка—санаторій).

При підготовці до експерименту ми виходили з принципу, що навчання хворих артеріальною гіпертензією не повинне будуватися на використанні тільки методики викладання в загальноосвітній школі. Сумісне обговорення з пацієнтами актуальних тим повинно було стати методичною основою вивчення учбового матеріалу. Основними завданнями експерименту були підвищення інформативності пацієнтів про чинники ризику артеріальної гіпертензії, її виникнення і розвиток, можливості лікування і профілактики згідно рекомендаціям ВНОК [7], ВІЗ [20]; навчання правилам самоконтролю АТ і основних фізіологічних параметрів організму; зменшення ризику розвитку ускладнень артеріальної гіпертензії; навчання методам вторинної профілактики ускладнень АГ; стабілізація стану пацієнтів, зниження частоти госпіталізації.

Навчання проводилося за розробленою нами програмою в групах по 12—15 чоловік, які на підставі попереднього відбору об'єднувалися за віком,

рівню інтелекту, утворення і інтересам, що, з погляду групового психотерапевтичного ефекту, підвищувало ефективність засвоєння і учбового матеріалу. Крім інформування хворих по вказаних темах, вирішальною ланкою в створенні вираженої мотивації було постійне залучення пацієнтів до групової дискусії, заохочення прагнення поділитися власними емоційними переживаннями, що виникли у зв'язку захворюванням, накопиченим індивідуальним досвідом по лікуванню і профілактиці АГ. Обговорення актуальних для кожного учасника проблем дозволяло згуртувати групу і виробити правильні групові установки і в цілому активну позицію хворих.

Виклад учбового матеріалу здійснювався в структурно-логічній послідовності по наступних розділах:

- 1) функціональна анатомія визначення і патофізіологія підвищеного АТ;
- 2) ефекти дії підвищеного на організм, апарати для вимірювання АТ і навчання техніці вимірювання АТ, контроль за лікуванням;
- 3) ускладнення артеріальної гіпертензії, чинники ризику артеріальної гіпертензії (куріння, алкоголь, ожиріння, гіподинамія, дисліпідемія, гіперінсулінемія), апное уві сні;
- 4) надмірна маса тіла, статура і контроль маси тіла, роль фізичних вправ за індивідуально підбраною програмою в профілактиці АГ;
- 5) не медикаментозні методи дії: стрес і його профілактика;
- 6) атеросклероз, гіперхолестеринемія, профілактика і лікування порушень ліпідного обміну] дієтичні рекомендації;
- 7) кухарська сіль (хлорид натрію), її користь і шкода для організму;
- 8) основи медикаментозного лікування артеріальної гіпертензії, основні групи медикаментів для лікування артеріальної гіпертензії;
- 9) ізольована АГ;

10) немедикаментозні методи лікування, навчання правилам користування медичною літературою для широкого користування, Інтернет-інформацією, метеочутливість пацієнтів з АГ;

11) побічні дія лікарських речовин — природна їх властивість;

12) підсумкове заняття.

На заняттях особлива увага приділялася не медикаментозним методам дії, рекомендаціям по оптимізації способу життя.

До них відносять:

1) зниження маси тіла, якщо вона надмірна;

2) обмеження споживання алкоголю (для чоловіків не більше 30 мл етанолу в день, тобто 720 мл пива, 300 мл вина або 60 мл віскі, для жінок не більше 15 мл етанолу в день);

3) збільшення аеробної фізичної активності (ходьба 30— 45 хв не менше 4 днів в тиждень);

4) обмеження споживання натрію не більше 100 ммоль/день (не більше 6 г. хлориду натрію, або 2,4 г натрію);

5) підтримка адекватного споживання калію за рахунок споживання овочів і фруктів;

6) підтримка споживання кальцію і магнію на рівні, необхідному для загального здоров'я;

7) припинення куріння і зменшення споживання насичених жирів і холестерину [15].

Ці рекомендації, як було показано в численних дослідженнях, виявилися ефективними для зниження не тільки АТ, але і чинників ризику серцево-судинних захворювань, причому з мінімальними фінансовими витратами, ризиком (мається на увазі ризик ускладнень фармакотерапії для організму, про що детально розповідається слухачам.

Так, на десятому занятті вчиться щеплять знання про високу клінічну ефективність не медикаментозних методів лікування у хворих артеріальної гіпертензію (фітотерапія, ЛФК, масаж, точковий масаж, рефлексотерапія, фізіотерапія, санаторно-курортне лікування). При цьому підкреслюється, що в результаті їх застосування вдається досягти значного зниження фармакологічного навантаження на організм хворого.

Критеріями ефективності даного заняття були знання що вчать механізмів лікувальної дії фітотерапії, ЛФК, масажу, рефлексотерапії, фізіотерапії, бальнеофакторів; володіння методикою самоконтролю за станом здоров'я в процесі застосування немедикаментозних методів лікування; уміння користуватися довідником "РЛС-ПАЦІЕНТ" і критично, аргументовано оцінювати медичну інформацію, отриману з різних джерел (газети, телебачення, Інтернет-ресурси, рекламні проспекти і буклети); інформованість про несприятливі по метео умовах дні тижня, місяця; уміння попереджати різкі підйоми АТ в метео дні.

Крім того, з метою поліпшення якості лікування хворих артеріальної гіпертензію в процес навчання залучалися і члени сім'ї, що мають можливість впливати на стиль життя близьких людей. У проведенні занять брала участь група лікарів і медичних сестер: кардіолог, психотерапевт, уролог-андролог, лікар ЛФК, фізіотерапевт, фітотерапевт, дієтолог і інші фахівці.

На заняттях, тривалість яких складала не більше 60 хвилин, лектори розкривали причини виникнення хвороб, методи їх профілактики і лікування способи відновлення здоров'я. Особливу увагу приділяли способам подолання проблем, пов'язаних з новим для хворих психологічним статусом.

Так, для пацієнтів з артеріальної гіпертензію I стадії само визнання хвороби і важливості виконання дієтичних рекомендацій і профілактичних заходів щодо зміни образу життя вже було своєрідним стресом. Тому у хворих цієї групи через 3—6 мес участі в освітній програмі може відбуватися

тимчасове зниження якості життя (ЯЖ). Пізніше, до кінця 6—9 мес, за даними наших спостережень, ЯЖ значно поліпшувалося. Але це вже були в психологічному плані інші хворі, які, після навчання, розуміли, що таке артеріальна гіпертензія, які ускладнення вона несе і як їх попередити. Результатом навчання і повинні з'явитися зміни в образі мислення, емоціях і діях того, що навчається. Тому пацієнти після навчання (критерій ефективності оцінюється на завершальному занятті) повинні уміти вільно обговорювати проблеми власного захворювання з лікарем і співбесідниками і аргументовано пропагувати свої знання серед колег і знайомих.

Умовами ефективності процесу навчання вважають:

- а) активна участь учнів на заняттях;
- б) прагнення до індивідуального підходу в навчанні;
- в) прийнятність відмінностей в думках, позиціях;
- г) визнання права на помилку;
- д) терпимість до недосконалості знань і практичних навиків;
- є) підтримка відвертості мислення і віри в себе;
- ж) створення умов для досконалості "відкриттів" в процесі навчання;
- з) акцент на самооцінку;
- і) формування оптимального мікроклімату в групі на основі відчуття пошани і взаєморозуміння серед учнів;
- к) акцент на тверде оволодіння практичними навиками.

Важливим розділом роботи повинне бути роз'яснення хворим шкоди самолікування, нерегулярного прийому медикаментів або раптового, без консультації з лікарем, припинення їх прийому. Вторинна профілактика артеріальної гіпертензії значною мірою проводиться за допомогою боротьби з відомими чинниками ризику, в основі яких лежать патологічні стереотипи поведінки: куріння, стреси, висококалорійна їжа з високим вмістом насичених жирів, гіподинамія, вживання спиртних напоїв і ін. Без активної участі самого

хворого в боротьбі з цими чинниками, сприяючими розвитку захворювання і ускладнень, не обійтися. Завершальне заняття проводилося у вигляді дискусії, вислови зауважень і пропозицій з боку пацієнтів лікарям, що навчали їх.

Медикаментозна терапія в період санаторно-курортного лікування зважаючи на сприятливу дію кліматичних і бальнеологічних чинників може піддаватися корекції, але проте повинна проводитися по загально визначених критеріях.

Запропонована програма навчання хворих в умовах амбулаторно-поліклінічної установи показала високу ефективність — підвищилися дисципліна і якість лікування, позитивно змінився спосіб життя хворих, що свідчить про важливість використання освітньої програми в комплексній терапії кардіологічних хворих.

На закінчення підкреслимо, що етап санаторно-курортного лікування є тим сприятливим тимчасовим інтервалом, коли хворого артеріальною гіпертензією можна навчити правильно жити і припинити розвиток ускладнень.

Під впливом комплексного лікування, було виявлено зниження більш ніж на 15% систолічного і діастолічного АТ в денний, нічний час, а також в середньому за добу. У групі контролю динаміка цих показників виявилася менш значущою і статистично недостовірною.

Представляють інтерес отримані нами відомості про нормалізацію добової кривої АТ у хворих під впливом лікування. Серед них до кінця перебування в стаціонарі збільшилося з 20 до 50% за рахунок зменшення кількості пацієнтів з відсутністю або недостатнім зниженням АТ в нічний час. У групі контролю таких позитивних зрушень не виявлено.

В результаті у хворих АГ стійкий гіпотензивний ефект формується при і початковому гіперкінетичному типі кровообігу при обох видах локалізації, а

при початковому гіпокінетичному варіанті кровообігу достовірні зміни показників центральної гемодинаміки відбуваються тільки при трансцеребральній локалізації дії.

Принципово важливим моментом з'явилося розділення чинників ризику на ті, що модифікуються, тобто ті, які можна змінити зусиллям волі лікаря і пацієнта і внаслідок цього зменшити несприятливий їх вплив на організм, перебіг хвороби, і ті, що не модифікуються, які не залежать від нашої волі, свідомості. Якщо врахувати, що характеру живлення додають одне з найважливіших значень у визначенні відмінностей між країнами по рівню загальної і серцево-судинної смертності, то дія на поведінкові реакції і характер харчування (модифікація способу життя), у тому числі і за допомогою підвищення інформованості пацієнтів, набуває ще важливішого значення.

Висновки до розділу III

Артеріальна гіпертензія є однією з головних причин інвалідності і летальності осіб працездатного віку, що надає проблемі не тільки медичного, але і соціального значення. Не дивлячись на досягнуті успіхи в лікуванні цього захворювання, ризик розвитку важких ускладнень залишається достатньо високим. У зв'язку з цим розробка ефективних заходів щодо реабілітації і вторинної профілактики артеріальної гіпертензії є актуальним завданням сучасної фізичної терапії.

ДМАТ має велике значення для об'єктивізації висновків про ефективність точкового масажу в програмах фізичної терапії при артеріальній гіпертензії. Найбільш простим і прогностично важливим показником слід вважати ступінь нічного зниження АТ.

Принципово важливим моментом з'явилося розділення чинників ризику на ті, що модифікуються, тобто ті, які можна змінити зусиллям волі лікаря і пацієнта і внаслідок цього зменшити несприятливий їх вплив на організм, перебіг хвороби, і ті, що не модифікуються, які не залежать від нашої волі, свідомості. Якщо врахувати, що характеру живлення додають одне з найважливіших значень у визначенні відмінностей між країнами по рівню загальної і серцево-судинної смертності, то дія на поведінкові реакції і характер харчування (модифікація способу життя), у тому числі і за допомогою підвищення інформованості пацієнтів, набуває ще важливішого значення

ВИСНОВКИ

Аналізуючи теоретичні положення кваліфікаційної роботи та дані експериментальних досліджень, зазначимо:

1. Артеріальна гіпертензія є одним з найпоширеніших неінфекційних захворювань. У більшості країн світу її частота серед дорослого населення складає 15—25%. У Україні на артеріальну гіпертензію страждає близько 35 % дорослого населення: підвищене АТ мають 39,2% чоловіків і 41,1% жінок, а у осіб старше 60 років частота її перевищує 50%. Більшість хворих з артеріальною гіпертензією (АГ) складають осіб з ранньою стадією захворювання, причому з артеріальною гіпертензією I—II стадії зв'язано більше половини ускладнень: мозковий інсульт, інфаркт міокарду, фатальні порушення ритму серця, формування недостатності кровообігу, хронічній нирковій недостатності. У нашій країні положення посилюється ще і тим, що тільки 37,1% чоловіків і 58,9% жінок інформовано про наявність у них захворювання, лікуються лише 21,6 і 46,7%, зокрема ефективно 5,7 і 17,5% відповідно.

2. Основні завдання точкового масажу для хворих на артеріальну гіпертензію: нормалізація функціонального стану нервової системи, поліпшення функції серцево-судинної системи, поліпшення діяльності апарату зовнішнього дихання, нормалізація обмінних порушень, зниження маси тіла за рахунок зменшення жирових відкладень, регуляція діяльності органів травлення, зміцнення м'язової системи, поліпшення настрою та самопочуття, підвищення працездатності.

3. У програму точкового масажу для хворих на артеріальну гіпертензію включають різноманітні дії: розтирання, поглажування, тиск (натиснення), вібрацію, захоплювання. Заняття ЛФК проводяться індивідуально; обов'язково визначається фізіологічна крива заняття, що дозволяє точно

дозувати наповненість сеансів. Позитивний вплив на стан хворих артеріальною гіпертензією чине застосування фізіотерапевтичних чинників, бальнеотерапії.

4. Моніторування артеріального тиску має велике значення для об'єктивізації висновків про ефективність точкового масажу у фізичній терапії при артеріальній гіпертензії. Найбільш простим і прогностично важливим показником слід вважати ступінь нічного зниження АТ.

5. В ході експериментального дослідження під впливом комплексного лікування, було виявлено зниження більш ніж на 15% систолічного і діастолічного АТ в денний, нічний час, а також в середньому за добу. У групі контролю динаміка цих показників виявилася менш значущою і статистично недостовірною.

6. Етап санаторно-курортного лікування є тим сприятливим тимчасовим інтервалом, коли хворого артеріальною гіпертензією можна навчити правильно жити і припинити розвиток її ускладнень. Запропонована програма навчання хворих в умовах амбулаторно-поліклінічної установи показала високу ефективність — підвищилися дисципліна і якість лікування, позитивно змінився спосіб життя хворих, що свідчить про важливість використання освітньої програми в комплексній терапії хворих.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Значення роботи полягає в тому, що проаналізований і систематизований матеріал по даній проблемі може бути використаний для подальших методичних розробок, а також для складання індивідуальних програм реабілітації хворих з артеріальною гіпертензією.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бірюков А.А. Лікувальний масаж - К.: Олімпійська література, 2005. -20 с.
2. Бірюков А.А. Масаж: Підручник. - М: ФіС, 2010. - 25 с.
3. Богданов Н.М., Бокша В.Г., Мєшков В.В., Мізін В.І. Фундаментальні та прикладні аспекти сучасної курортології та фізіотерапії. - Ялта-Сімферополь: Вид. центр Крим, Мед. ун-т, 2014 - 26 с.
4. Гіпертонія (підручник для студентів вищих навчальних закладів), за заг. ред. Проф. С.Н.Попова, Фенікс, Ростов-на-Дону, – 2004, – 62 с.
5. Довгань В.І. Темкін І.Б. Механотерапія. -М: Медицина, 1981.-17 с.
6. Загальна фізіотерапія та курортологія (Є.М. Панасюк, Я.М. Федоров, В.М. Модилевський)- Львів: Світ, 1990, - 16 с.
7. Здравниць профспілок України під ред. І.І. Козлова, - М: Профіздат, 1997., - 37 с.
8. Іванченко В.А. "Секрети Вашої бадьорості". - М.: Знання, 1988, 28 с.
9. Ібатов, А.Д. Основи реабілітології/О.Д. Ібатов, С.В. Пушкіна – М.: Геотар-Медіа, 2007. – 160 с.
10. Кукушкіна Т.М., Докіш Ю.М., Чистяков Н.А. Посібник з реабілітації хворих, які частково втратили працездатність, - М.: Медицина, 1981 - 12 с.
11. Курортні ресурси України. – К.: Тамед, 1999 – 34 с. Ю.Курорти (у 2-х т.) за заг. ред. А.Г. Цафріса. - М: Профіздат, 1991
12. Куценко Г.І. "Книга про здоровий спосіб життя". - М: Профіздат, 2000, 56 с.
13. Лебедева Н.П. Лікувальна фізична культура. Довідник - М: Медицина, 2012 - 52 с.

14. Лікувальна фізична культура За ред. Сопова, - М.: Фізкультура та спорт, 1988, -270 с.
15. Лікувальна фізкультура та лікарський контроль: підручник за ред. В. А. Єпіфанова, Г.Л. Апанасенка. -М: Медицина, 1990, - 68 с.
16. Лікувальна фізкультура та спортивна медицина, Клапчук В.В., Дзяк Т.В., Муравйов І.В. та ін./ за ред.. В.В.Клапчука, Г.В.Дзяка, - К.: Здоров'я, 1995.-32 с.
17. Макарова Г.А. Спортивна медицина М., Спорт., 2003. - 78 с.
18. Макарова Г. А., Орлов В. С. Фізичні лікарські засоби в ортопедії. 2-ге вид. - СПб., Медицина, 2003. - 42 с.
19. Мурза В.П. „Психолого-фізична реабілітація”. Підручник. - Київ: Олан, 2005, 68 с.
20. Мурза В.П. „Фізична реабілітація”. Навчальний посібник. - К.: Олан, 2004, 56 с.
21. Мухін В.М., Третілова Т.А. Лікувальна фізична культура за ред. В.Н.Мухіна -, 1985, - 14 с.
22. Мухін В.М. „Фізична реабілітація”. - К.: Олімпійська література, 2000, - 22 с.
23. Медична реабілітація у терапії (керівництво для студентів та лікарів).- під ред. В.М Сокрут, В.М Козаков, О.С Поважна, І.Р. Швіренко.- Донецьк. 2001.-59 с.
24. Мурза В.П. „Психолого-фізична реабілітація". Підручник. - Київ: Олан, 2005, 74 с.
25. Мурза В.П. „Фізична реабілітація". Навчальний посібник. – К.: Олан, 2004, 45 с.
26. Мухін В.М. „Фізична реабілітація". - К.: Олімпійська література, 2000,- 42 с.

27. Мухін В.М., Третілова Т.А. Лікувальна фізична культура за ред. В.М. Мухіна – М.: РІО ГЦОМІФК, 1985, -14 с.
28. Попелянський Я.Ю. Хвороби серця. -М.: "Медицина", 1989р.
29. Довідник з фізіотерапії (За ред. В.Г. Ясногорського) – М: Медицина, 1992 – 512 с.
30. Ткачова Г.Р Лікувальна гімнастика у хворих з серцево-судинними захворюваннями. - Дис. канд. - М., 1964.
31. Туманян Г.О., Мартіросов Е.Г. Серце і спорт - М.: Фіс, 1996, с.29.
32. Довідник з фізіотерапії (За ред. В.Г. Ясногорського) - М.: Медицина, 1992 - 52 с.
33. Підручник інструктора з лікувальної фізичної культури за заг. ред. В.П. Лавосудова. -М: ФіС, 1980, - 45 с.
34. Фізична реабілітація (підручник для студентів вищих навчальних закладів), за заг. ред. Проф. С. Н. Лопова, Фенікс, Ростов-на-Дону, 2004 - 62 с.
35. Уварова-Якобсон С.І. Лікувальна фізкультура при органічних захворюваннях серцево-судинної системи // Праці фізіотерапії. - М., 1991. - Т. 9. - С. 14-24.
36. Підручник інструктора з лікувальної фізичної культури/за заг. ред. В.П. Правосудова. - М.: ФіС, 1980, - 45 с.
37. Фарфель В.С. Фізіологія спорту, М., 2000
38. Хаке В., Касті М., Богуславській Д. і співавт. Інфаркт міокарда: профілактика та лікування: Методич. рекомендації. - Євр. Ініці. Група проблем Інсульту. - 2001.
39. Цветкова Л.С. Нейропсихологічна реабілітація хворих. - М.: Вид-во МДУ, 1985.
40. Шмідт Є.В., Макінський Т.А. Інфаркт міокарда. Соціальні наслідки //Журн. невролог. та психіатр, ім. С.С. Корсакова. - 1979.

41. Шмідт Є.В. Класифікація судинних поразок// Журн. невролог. та психіатр, ім. С.С. Корсакова. - 1985. - №9. - С. 60-78
42. Шмідт Є.В. Судинне захворювання. - М.: Медицина, 1975.
43. Шхвацабая І.К., Аронов Д.М., Зайцев В.П. Реабілітація хворих на гіпертонічну хворобу. - М.: Медицина, 1978.
44. Яхно Н.М., Штульман Д.Р, Мельничек П.В. (Ред.). Хвороби серцево-судинної системи. - Т. 1. - М.: Медицина, 1995.
45. Яковлєв Н.М. Харчування при гіпертонії, М., 1997
46. Frost, P. Risk of shoulder tendinitis in relation to shoulder loads in monotonous repetitive work / P.Frost, J. Bonde et al// Am J Ind Med. – 2002. – №41. – P. 11-8.
47. Gamble, G. Poststroke shoulder pain: a prospective study of the association and risk factors in 152 patients from a consecutive cohort of 205 patients presenting with stroke / G.Gamble, E. Barberan, H. Laasch, D. Bowsher, P.Tyrrell, A.Jones // Eur J Pain. –2002. – №6. – P.467-474.
48. Gosk, J. Entrapment of the suprascapular nerve: anatomy, etiology, diagnosis, treatment / J. Gosk, M. Urban, R. Rutowski // Ortop Traumatol Rehabil. –2007. – №9. – P.68-74.
49. Griffin, A. Strapping the hemiplegic shoulder prevents development of pain during rehabilitation: a randomized controlled trial / A.Griffin, J. Bernhardt // Clinical rehabilitation. –2006. – №20 (4). – P.287-295.
50. Groves, C. Fully implantable peripheral nerve stimulation for hemiplegic shoulder pain: a case report / C. Groves, V. Nguyen et al. // Neuromodulation. –2011. – №14. -P. 554.
51. Guler-Uysa, F. Comparison of the early response to two methods of rehabilitation in adhesive capsulitis / F.Guler-Uysal, E. Kozanoglu // Swiss Med Wkly. –2004. – №134. – P.353-358.

52. Gustafsson, L. Programme of static positional stretches does not reduce hemiplegic shoulder pain or maintain shoulder range of motion — a randomized controlled trial / L.K. Gustafsson, A. McKenna // Clin. Rehabil. – 2006. – Vol. 20, № 4. – P. 277 - 286.

53. Haahr, J. Exercises may be as efficient as subacromial decompression in patients with subacromial stage II impingement: 4 to 8 years follow up in a prospective randomized trial / J.Haahr, J.Andersen // Scand J Rheumatol. – 2006. – №35. – P.224-228.

54. Haahr, J.Exercise versus arthroscopic decompression in patients with subacromial impingement: a randomised, controlled study in 90 cases with a one year follow up / J.Haahr, S .Ostergaard et al. // Ann Rheum Dis. –2005. – №64. – P.760-764.

55. Hafsteinsdóttir, T. Do physiotherapists in the care of stroke patients use Bobath therapy? / T.Hafsteinsdóttir, N .van Meeteren, M.Grypdonck // Adv Physiother. –2005. – №7. – P.176 -182.

56. Hafsteinsdóttir, T.NDT-nursing competence measured with nurses in the rehabilitation of stroke patients / T.Hafsteinsdóttir, M.Grypdonck // J Neurosci Nurs. –2004. – №36. – P.289 - 294.

57. Hakuno, A. Arthrographic findings in hemiplegic shoulders / A. Hakuno, H.Sashika,T. Ohkawa, R. Itoh // Archives of physical medicine and rehabilitation . – 1984. – №65 (11). – P.706.

ДОДАТКИ

Додаток А

Біологічні активні точки на тілі людини

1. Якщо провести лінію від верхніх кромок вух до верхівки, то в її центрі можна намацати так звану точку перетину. Її стимуляція рекомендована при неврозах, вегетосудинної дистонії і проблеми зі сном.
2. "Ясний світ". Ця точка знаходиться на внутрішніх куточках очей, на відстані приблизно 0,4 см від них. Вона покращує зір і знімає очне напруга. Крім того, допомагає позбутися від нежиті.
3. Між бровами рівно посередині є так званий третій очей. Це одна з найбільш дієвих для припинення головного болю акупунктурних точок. Натискання на неї підсилюють циркуляцію крові і постачання організму киснем.
4. У внутрішнього краю брів розташована точка, масаж якої призводить до зменшення і зняття болів в передній частині голови, якщо їх причина криється в судинах. Таку ж функцію виконує і "Нитка бамбука" - точка у зовнішній кромки брів. Стимулювати її рекомендується також для підвищення зору.
5. Здійснюючи руками кругові обертання в районі зовнішнього краю ока, ви полегшите стан при мігрені.
6. Якщо у вас є проблеми з нирками, які проявляються в тому числі у вигляді кіл під очима, то масаж нижньої повіки допоможе зменшити набряклість і матиме позитивний вплив на всю сечовидільну систему.
7. Перенісся - це область печінки, тому розтираючи її, ми покращуємо функціонування відповідного органу.

8. Масажувати зону від носа до скронь по лінії скул рекомендується, якщо є проблеми зі шлунком, наприклад, вас турбують больові відчуття, печія, блювання, пронос та інше.

9. Між зовнішніми кутами рота і підставою носа проходить меридіан товстої кишки. Вплив на нього по всій протяжності ефективно при діареї і запорах, а також позбавляє організм від шлаків.

10. Антистресова точка розташована в середині підборіддя. Якщо вас охопила сильна тривога або паніка, то знизити її допоможе масаж цієї зони. Також вважається, що підборіддя представляє органи малого тазу. І вплив на цю область допомагає при безплідді та інших жіночих захворюваннях.