Національний університет фізичного виховання та спорту Украіни

Факультет здоровˊя, фізичного виховання та туризму

Кафедра фізичної реабілітації

Курсова робота

На тему: «Нетрадиційні засоби реабілітації у комплексному лікуванні хворих на артеріальну гіпертензію»

Виконала:

Студентка III курсу

Групи № 122

Комаренко Ю.О.

Київ 2015

ЗМІСТ

Вступ

Розділ 1. Сучасні уявлення про застосування фізичної реабілітації при захворюванні на артеріальну гіпертензію

.1 Загальна характеристика захворювання

.2Сучасне уявлення про застосування фізичної реабілітації при захворювання на артеріальну гіпертензію

Розділ 2. Методи і організація дослідження

.1 Методи дослідження

.2 Організація дослідження

Розділ 3. Програма фізичної реабілітації при артеріальній гіпертензії

Висновки

Список використаних джерел

ВСТУП

Актуальність. Серед серцево-судинних хвороб за поширенiстю артерiальна гiпертензiя (АГ) посiдає перше мiсце. Вона належить до "хвороб цивiлiзацiї". Поширенiсть її серед дорослого населення - в межах 20-25 %. АГ-провiдний фактор ризику IХС, мозкового iнсульту i ниркової недостатностi. Згiдно з даними статистичного вiддiлу МОЗ України, в 1997 р. пiдвищений рiвень АТ зареєстровано у 13,4 % жителiв України, що в абсолютних величинах складає майже 5,5 млн. чоловiк. Цей показник не вiдповiдає iстиннiй поширеностi АГ, яка в Українi становить 20-24 % дорослого населення. Отже, майже у половини хворих АГ залишається не дiагностованою [12].

Для АГ властиве "правило половини". Близько 50 % осiб не знають про пiдвищення у них АТ. Iз тих, що знають, половина не лiкується. Отже, тiльки близько 25 % хворих приймають лiки для зниження АТ. Ефективну гiпотензивну терапiю отримують тiльки 12-13 %. Аналогiчна картина спостерiгається в Українi. Згiдно з даними скринiнгу за 2010 р., тiльки 16 % хворих на АГ отримували ефективну гiпотензивну терапiю з нормалiзацiєю АТ [7].

Захворюванiсть на АГ зростає з вiком. Систолiчний АТ на 7-8 десятку життя становить в середньому 140 мм рт. ст. Дiастолiчний АТ пiдвищується меншими темпами i пiсля 50 рокiв залишається на одному рiвнi. Спiввiдношення чоловiкiв i жiнок, хворих на АГ, становить 1:1. У чоловiкiв АГ дiагностують у бiльш молодому вiцi з вищим вiдсотком ускладнень, а у жiнок захворюванiсть зростає пiсля 50 рокiв. В середньому показники поширеностi хвороби залежно вiд вiку, такi:

-30 рокiв - 5-10 % населення

-40 рокiв - близько 20 % населення

-60 рокiв - 30-40 % населення

-70 рокiв - 50-65 % населення[22].

Нелiкована АГ призводить до втрати працездатностi, появи таких ускладнень, як крововилив в мозок, гiпертонiчне серце, iнфаркт мiокарда, гостра i хронiчна СН, зморщення нирок з нирковою недостатнiстю, розшарування аневризми аорти, аритмiї i раптова серцева смерть.

Контроль АГ в популяції вважається одним із провідних напрямків у системі лікувально-профілактичних заходів щодо серцево-судинних захворювань. У США після впровадження державних програм, спрямованих на поліпшення якості контролю АГ, вдалося втричі (від 10 до 34 %) збільшити кількість хворих із цільовими значеннями АТ [8]. Прийняття конкретних практичних рішень на державному, регіональному або місцевому рівні в свою чергу повинно грунтуватися на результатах оцінки реальної епідеміологічної ситуації й чіткому визначенні існуючих проблем. Прикладом такого підходу є організація та проведення епідеміологічних досліджень [3].

Ціль роботи - теоретично обгрунтувати програму фізичної реабілітації при артеріальній гіпертензії.

Задачі:

.За даними літературних джерел дослідити особливості етіології і патогенезу артеріальної гіпертонії;

.За даними аналізу літературних джерел дослідити особливості фізичної реабілітації при артеріальної гіпертонії;

.Теоретично обгрунтувати програму фізичної реабілітації при артеріальній гіпертонії.

Об’єкт дослідження - процес фізичної реабілітації осіб, хворих на артеріальну гіпертонію.

Предмет дослідження - програма фізичної реабілітації при артеріальній гіпертонії.

Теоретичне значення роботи полягає в тому, що за рахунок аналізу літературних джерел було встановлено значення фізичної реабілітація для хворих на артеріальну гіпертензію та складено програму фізичної реабілітації для хворих артеріальну гіпертензію.

РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ЗАХВОРЮВАННІ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

.1 Загальна характеристика хвороби

Під гіпертонічною хворобою (ГБ) прийнято розуміти хронічно протікаюче захворювання, основним проявом якого є синдром артеріальної гіпертензії, не пов'язаний з наявністю патологічних роцесів, при яких підвищення артеріального тиску обумовлене відомими причинами, що у багатьох випадках усуваються [2].

У виникненнi та прогресуваннi АГ (гiпертонiчної хвороби) важлива роль належить внутрiшнiм i зовнiшнiм факторам ризику. До факторiв ризику i передвiсникiв АГ вiдносять:

.Спадковiсть. Встановлена кореляцiйна залежнiсть мiж рiвнем АТ у родичiв першого ступеня (батьки, брати, сестри) з коефiцiєнтом регресiї 0,2-0,3. Якщо батько i мати страждають АГ, то у 75 % дiтей з часом дiагностують пiдвищений

. Ожирiння та метаболiчний синдром. Збiльшення маси тiла на 10 кг призводить до зростання систолiчного АТ - на 2-3 мм рт. ст. I дiастолiчного АТ - на 1-3 мм рт. ст. Передвiсниками розвитку АГ є центральне ожирiння, гiперiнсулiнемiя, зниження толерантностi до глюкози, порушення лiпiдного обмiну.

. Вживання надлишку кухонної солi. Фiзiологiчна потреба становить 4-6 г/добу, проте чимало людей вживає 10-20 i навiть 30 г/добу кухонної солi. Обмiн натрiю в органiзмi контролюють вегетативна нервова система i нирки. При порушеннi регуляцiї обмiну натрiй залишається в органiзмi, вiдкладається в iнтимi артерiол, якi стають схильними до спазму.

. Психоемоцiйнi перевантаження, особливо гострi стресовi ситуацiї сприяють пiдвищенню АТ. Потрiбнi допомiжнi багатоцентровi дослiдження, щоб визначити, якi саме стресовi ситуацiї викликають довготривале пiдвищення АТ.

. Пiдвищена активнiсть симпатоадреналової системи призводить до тахiкардiї i пiдвищення систолiчного АТ. Сприяє цьому сидячий спосiб життя. Ризик розвитку АГ у таких осiб на 20-50 % вищий порiвняно з тими, хто веде активний спосiб життя, фiзично тренований, у кого переважає парасимпатична система.

. Iншi фактори ризику i передвiсники мають менше значення в патогенезi АГ: нейроциркуляторна дистонiя за гiпертонiчним типом, вживання алкоголю (бiльше 60 г/добу абсолютного спирту), пiдйом АТ при фiзичному або психоемоцiйному навантаженнi у дiтей, збiльшення маси мiокарда лiвого шлуночка, висока жорсткiсть води тощо. Потрiбнi допомiжнi обстеження щодо впливу забруднення довкiлля на рiвень АТ[6].

Класифiкацiя артерiальної гiпертонiї.

Артерiальну гiпертонiю класифiкують за рiвнем АТ, ураженням органiв-мiшеней та етiологiєю. В останнiй класифiкацiї комiтетом екпертiв ВООЗ (1994) внесено суттєвi змiни (табл. 1.1, 1.2, 1.3).

Таблиця 1.1

Класифiкацiя АГ за рiвнем артерiального тиску

|  |  |
| --- | --- |
| Форми АГ | Систолiчний (САТ) i дiастолiчний (ДАТ) артерiальний тиск у мм рт. ст. |
| Нормальний АТ М'яка АГ Межова АГ Помiрна та тяжка АГ iзольована систолiчна гiпертонiя Межова iзольована систолiчна гiпертонiя | САТ<140 та ДАТ<90 CAТ 140-180 та ДАТ 90-105 САТ 140-160 та ДАТ 90-95 САТ>180 та ДАТ>105 САТ> 140 та ДАТ < 90 САТ 140-160 та ДАТ <90 |

На сьогодні класифікація АГ є розділенням хворих за рівнем їх ризику і відповідно до цього обраної стратегії лікування. Як зазначалося, ступінь ризику визначається як за ступенем підвищення АТ, так і наявністю факторів ризику, а також ускладнень і супутніх клінічних станів.

Таблиця 1.2

Класифiкацiя артерiальної гiпертонiї за ураженням органiв-мiшеней

|  |  |
| --- | --- |
| I стадiя | Вiдсутнi об'єктивнi прояви ураження органiв-мiшеней. Стабiльне або транзиторне пiдвищення АТ. |
| II стадiя | Гiпертрофiя лiвого шлуночка (гiпертонiчне серце), генералiзоване звуження судин сiткiвки, мiкроальбумiнурiя, бiлок в сечi та/або незначне пiдвищення рiвня креатинiну в плазмi кровi (до 0,177 ммоль/л), атеросклероз аорти, сонних, стегнових або здухвинних артерiй за даними УЗД або ангiографiї. |
| III стадiя | Крiм перерахованих вище ознак, такi клiнiчнi прояви: iнфаркт мiокарда, серцева недостатнiсть, iнсульт, транзиторнi порушення мозкового кровообiгу, гiпертензивна енцефалопатiя, деменцiя. На очному днi - крововиливи, ексудати з набряком або без набряку диска зорового нерва, розшаруванння аневризми аорти, оклюзивнi ураження артерiй. Хронiчна ниркова недостатнiсть. |

У таблиці 1.3 наведено класифікацію хворих на АГ за рівнем ризику відповідно до останніх рекомендацій Європейського товариства гіпертензії та Європейського товариства кардіологів (2003). Ризик визначається в клітині, яка відповідає як ступеню підвищення АТ, так і наявних факторів ризику, ураження органів мішеней, ускладнень або цукрового діабету.

Таблиця 1.3

Класифiкацiя артерiальної гiпертонiї за етiологiчною ознакою

|  |  |
| --- | --- |
| А. В. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. | Есенцiальна гiпертензiя (гiпертонiчна хвороба, первинна артерiальна гiпертензiя). Вторинна (симптоматична) артерiальна гiпертензiя: Ниркова гiпертензiя (хвороби нирок): гломерулонефрити, пiєлонефрити, полiкiстоз нирок, гiдронефроз, дiабетична нефропатiя, реноваскулярна гiпертонiя, вроджена гiпоплазiя нирок тощо. Ендокринна гiпертензiя (гiпертиреоз, гiперкалiємiя, акромегалiя, синдром Кушинга, первинний альдостеронiзм, феохромоцитома, рак надниркових залоз, вроджена гiпоплазiя надниркових залоз). Медикаментозна гiпертензiя: кортикостероїди, пероральнi гормональнi контрацептиви, симпатомiметики, кокаїн, нестероїднi протизапальнi препарати, циклоспорин, еритропоетин. Гiпертонiя вагiтних. Коарктацiя аорти, неспецифiчний аортоартерiїт, полiцитемiя. Неврологiчнi хвороби: пухлини мозку, енцефалiти, пiдвищення внутрiшньочерепного тиску, отруєння свинцем тощо. Пiсляоперацiйна гiпертензiя. |

В класифiкацiї ВООЗ (1994) не знайшлося мiсця для злоякiсної АГ, яка зустрiчається в 1 % випадкiв. В 90-95 % хворих з АГ не вдається з'ясувати її причину[1].

Дiагностика АГ. Основний метод дiагностики - контроль за рiвнем АТ, який вимiрюють непрямим аускультативним методом за допомогою сфiгмоманометра. При цьому необхiдно дотримуватись певних умов. Обстежуваний має посидiти в теплiй кiмнатi протягом 5-10 хв, м'язи руки розслабленi. Лiктьова ямка, манометр i серце знаходяться на одному рiвнi. Цих умов також необхiдно дотримуватись при вимiрюваннi АТ стоячи чи лежачи. Рука має бути оголеною. Ширина манжети - 13-15 см, довжина - 30-35 см. Нижнiй край манжети розмiщується на 2 см вище лiктьової ямки, пiд манжету проходять тiльки 2 пальцi. Огряднi люди потребують ширшої манжети.

Накачують повiтря до величини тиску, який на 30 мм рт. ст. перевищує рiвень зникнення пульсу, а потiм поступово випускають повiтря. За допомогою стетофонендоскопа над плечовою артерiєю вислуховують тони Короткова. При появi перших тонiв реєструють систолiчний, а при їх повному зникненнi - дiастолiчний АТ. Необхiдно вимiрювати АТ тричi з iнтервалом в 3 хв i брати середнє значення. При першому оглядi хворого вимiрюють АТ на обох руках, а у людей похилого вiку ще i стоячи - для виявлення постуральної гiпертонiї. На вiдмiну вiд ртутного, анероїднi манометри, а також автоматичнi та напiвавтоматичнi апарати з дисплеями нерiдко дають помилковi показники, тому їх необхiдно прокалiбрувати за ртутною шкалою. У частини людей має мiсце так звана "гiпертонiя на бiлий халат" ("допомiжний АТ"). У таких осiб пiдвищений ризик серцево-судинних ускладнень.

Про АГ слiд думати тодi, коли систолiчний АТ 140 мм рт. ст. I вище та дiастолiчний АТ 90 мм рт. ст. I вище. Оскiльки величина тиску досить варiабельна, його необхiдно контролювати протягом кiлькох тижнiв шляхом повторних вимiрювань для пiдтвердження дiагнозу.

Клiнiка АГ залежить вiд рiвня АТ, функцiонального стану серцево-судинної системи та наявностi ускладнень. Нерiдко ГХ перебiгає безсимптомно. Iнша частина хворих скаржиться на головний бiль, кардiалгiї, запаморочення, мерехтiння "мушок" перед очима, серцебиття, нудоту, блювання, почащення сечовипускання тощо. Найхарактернiшим проявом ГХ є гiпертонiчний криз, який А.П. Мяснiков називав "квiнтесенцiєю гiпертонiчної хвороби, її згустком".

При збираннi анамнезу звертати увагу на тривалiсть пiдвищення АТ, спадковiсть, масу тiла, iншi фактори ризику серцево-судинної патологiї (цукровий дiабет, курiння, гiподинамiя тощо). АТ вимiрюють на руках i ногах, визначають ЧСС, характеристики пульсу. Гiпертрофiю ЛШ дiагностують при II стадiї ГХ. При аускультацiї серця знаходять акцент II тону над аортою, нерiдко в поєднаннi iз систолiчним шумом.

Допомагає в дiагностицi дослiдження очного дна. Про ураження судин очного дна свiдчать звуження i звивистiсть артерiол сiткiвки, розширення венул, симптоми Салюса i Гвiста, крововиливи, ексудати, набряк дискiв зорових нервiв, дегенеративнi плями. Змiни на очному днi корелюють iз тяжкiстю i стадiєю ГХ.

Хворим на АГ до призначення дiуретикiв необхiдно зробити загальний аналiз сечi i кровi, визначити рiвень К (дiагностика альдостеронiзму), креатинiну i сечовини в плазмi (дiагностика нефрогенної АГ i ниркової недостатностi), холестерину (ризик атеросклерозу), кальцiю (скринiнг-тест на гiперпаратиреоз). В аналiзах сечi буває мiкроальбумiнемiя i еритроцитурiя.

Поглиблене обстеження хворих для виключення симтоматичної АГ включає визначення рiвня ренiну, ангiотензину II, альдостерону, кортизолу, катехоламiнiв в кровi i сечi, посiв сечi. З iнструментальних дослiджень вкажемо на аорто- та ренографiю, УЗД нирок та надниркових залоз, комп'ютерну томографiю[3].

Диференцiйна дiагностика вторинних (симптоматичних) артерiальних гiпертонiй. Вториннi АГ становлять близько 5 % усiх випадкiв АГ, а решта 95 % дiагностують як ГХ. Вони iстотно впливають на стан здоров'я населення України. Понад 300000 осiб в Українi хворiють на вторинну АГ. Дiагностують понад 46 хвороб чи патологiчних станiв, якi супроводжуються пiдвищенням АТ.

Нирковi АГ складають близько 70 % усiх симптоматичних АГ. Паренхiматознi хвороби нирок (гломерулонефрит, пiєлонефрит, полiкiстоз, дiабетична нефропатiя тощо) зумовленi прогресуючим зменшенням кiлькостi функцiонуючих нефронiв та порушенням екскрецiї нирками натрiю i води. Дiагностика базується на лабораторних показниках та УЗД.зольована систолiчна АГ пов'язана зi збiльшенням серцевого викиду i iндексу. Вона поєднується з характерною трiадою: дифузним зобом, екзофтальмом, тахiкардiєю. Пiдвищений апетит, тремтiння тiла, пiтливiсть, схуднення, серцебиття мають мiсце у бiльшостi хворих.

До вторинних АГ вiдносять АГ, викликанi довготривалим прийомом деяких лiкiв. Причиною медикаментозної АГ можуть бути глюкокортикоїди, вазопресорнi амiни, пероральнi гормональнi контрацептиви, циклоспорин, кокаїн. При прийомi пероральних контрацептивiв (естроген-прогестогеннi) протягом 5 рокiв у 5 % жiнок розвивається стабiльна АГ. Нормалiзацiя АТ настає через 3 мiс. пiсля їх вiдмiни. Ось чому при прийомi контрацептивiв необхiдно контролювати рiвень АТ. Кокаїн вивiльняє норадреналiн з нервових закiнчень. Кокаїнова АГ нерiдко поєднується з аритмiями, IМ, iнсультом. Нестероїднi протизапальнi засоби пригнiчують синтез судинорозширювальних простагландинiв[19].

Особливостi перебiгу АГ у рiзних груп хворих. Пiдвищений АТ у вагiтних несе в собi потенцiйну загрозу для життя як майбутньої матерi, так i її дитини. З АГ вагiтних пов'язують 20-33 % всiх випадкiв материнської смертi. При цьому перинатальна смертнiсть збiльшується в 10-15 разiв. Дiагностику АГ у вагiтних проводять за рiвнем АТд в напiвлежачому положеннi. АТ вимiрюють двiчi з iнтервалом в 4 год. Дiагноз АГ достовiрний, якщо АТд двiчi був 90 мм рт. ст. I вище, або при першому вимiрюваннi становив 100 мм рт. ст. I вище. Значення АТ i 140/90 мм рт. ст. слiд розглядати як пiдвищений[37].

Оральнi естроген-прогестогеннi протизаплiднi засоби викликають незначне пiдвищення як АТс, так i АТд. Серед жiнок, якi користувались протягом 5 рокiв i бiльше оральними контрацептивами, вдвiчi-втричi частiше дiагностували АГ, порiвняно з тими особами, якi не запобiгали вагiтностi або користувались iншими засобами. До факторiв ризику також вiдносять курiння i надмiрну вагу жiнки. Отже, для жiнок з АГ необхiдно застосувати iнший варiант протизаплiдної терапiї. При вiдмiнi оральної контрацепцiї через кiлька мiсяцiв нормалiзується АТ. Мiж тим при АГ естерогени i прогестоген здатнi спровокувати серйознi серцево-судиннi ускладнення.

У людей похилого вiку (пiсля 60 рокiв) дiагностують iзольовану систолiчну АГ. При цьому рiвень систолiчного АТ в межах 140-220 мм рт. ст., а дiастолiчний АТ менше, нiж 90 мм рт. ст. В її патогенезi важлива роль належить атеросклерозу грудного вiддiлу аорти, яка втрачає еластичнiсть i стає ригiдною. Частота iзольованої систолiчної АГ в цьому вiцi 60 %. Вона незалежний фактор ризику IХС, iнсульту, ХСН, фатальних ускладнень. Якщо АГ в похилому вiцi виникає раптово i швидко прогресує, то це свiдчить про атеросклеротичне ураження нирок. При ригiдних, уражених атеросклерозом плечових артерiях помилково дiагностують АГ, яка отримала назву псевдогiпертонiї[38].

Артерiальна гiпертензiя часто поєднується з iнсулiнозалежним цукровим дiабетом. У таких хворих високий ризик серцево-судинних ускладнень. При пiдозрi на дiабетичну нефропатiю лiкування потрiбно розпочинати при АТс та АТд 130 мм рт. ст. I 85 мм рт. ст. Необхiдно забезпечити адекватний контроль за рiвнем АТ, вiдмовитись вiд курiння i боротись з гiперлiпiдемiєю. Серед хворих на цукровий дiабет II типу дiагностують синдром резистентностi до iнсулiну - АГ, гiперхолестеринемiю, зниження толерантностi до глюкози, ожирiння з вiдкладенням жиру на верхнiй частинi тулуба (метаболiчний синдром)[35].

Прогноз при АГ залежить вiд стадiї хвороби, тяжкостi перебiгу, наявностi ускладнень та ефективностi лiкування. Основоположник неврогенної теорiї ГХ Г.Ф. Ланг писав ": одужання вiд ГХ можливе i спостерiгається нерiдко". При багаторiчному спостереженнi за хворими iз ГХ встановлено, що у 30 % осiб настала довготривала спонтанна ремiсiя i тiльки у 25 % хворих з обтяженою спадковiстю хвороба прогресувала з переходом в наступнi стадiї.

При проведеннi гiпотензивної терапiї стабiльний перебiг вiдмiчається у осiб з гiперкiнетичним типом кровообiгу, зниженням серцевого викиду i об'єму циркулюючої кровi. Важливе значення належить умовам працi i життя, мiжособистим вiдношенням, проведенню ефективної медикаментозної терапiї. Нелiкованi хворi з ГХ живуть на 10-12 рокiв менше i вмирають вiд серцево-судинних ускладнень.

У III стадiї ГХ з ускладненнями прогноз несприятливий, особи працездатного вiку втрачають працездатнiсть i їх переводять на iнвалiднiсть. Погiршується перебiг при приєднаннi атеросклерозу i IХС. Злоякiсна АГ розпочинається гостро, iз стабiльно високим АТ 230-140 мм рт. ст. I вище. Комплексна гiпотензивна терапiя неефективна i протягом 3-5 рокiв розвиваються тяжкi ускладнення, найчастiше ниркова недостатнiсть. Прогноз при злоякiснiй АГ несприятливий. Якщо у хворих з помiрною або тяжкою АГ не знижується АТ протягом мiсяця при проведеннi комплексної гiпотензивної терапiї 2-3 препаратами, то таку АГ вважають резистентною. Доцiльно з'ясувати причини резистентностi: порушення схеми вживання лiкiв, неефективна комбiнацiя, вторинна АГ тощо. Хворi з резистентною АГ потребують поглибленого обстеження i в значної частини з них прогноз сумнiвний.

Працездатнiсть при ГХ i i II стадiї збережена. Обов'язково враховують особливостi професiї. Працездатнiсть втрачена при ГХ III стадiї з ускладненнями. Пiдхiд до кожного хворого iндивiдуальний, з урахуванням стабiльностi АТ, наявностi гiпертонiчного серця, ускладнень, супутнiх хвороб. Питання вирiшується в процесi диспансерного спостереження за хворим[8].

.2 Сучасне уявлення про застосування фізичної реабілітацій при захворюванні на артеріальну гіпертонію

На сьогодні рівень знань не дає можливості ставити завдання щодо цілковитого виліковування АГ, але проведення ефективної терапії та запобігання прогресуванню захворювання є реальним завданням[4].

Основні принципи лікування АГ:

. Лікування (немедикаментозне і медикаментозне) необхідно починати якомога раніше і проводити його постійно, як правило, протягом всього життя. Поняття «курсове лікування» до антигіпертензивної терапії неприйнятне.

. Усі особи з підвищеним АТ підлягають немедикаментозному лікуванню чи модифікації способу життя. Дієтичні рекомендації відіграють важливу роль серед немедикаментозних методів корекції АГ.

. Схема лікування має бути простою (за можливості - за принципом «одна таблетка на день»), що сприяє збільшенню кількості хворих, які дійсно лікуються, і відповідно - зменшенню кількості тих, які припиняють лікування.

. Перевагу слід надавати антигіпертензивним препаратам тривалої дії («ретард», sustained-release - SR), що дозволяє запобігти виникненню значних коливань АТ протягом доби, а також зменшити кількість таблеток, які необхідно приймати.

. Хворі літнього віку з ізольованою систолічною АГ підлягають лікуванню так само, як і особи із систоло-діастолічною АГ.

. У пацієнтів із вторинною АГ першочерговим завданням є лікування її причини. АГ також підлягає обов’язковій корекції[25].

Медикаментозна терапія

Основною метою антигіпертензивної терапії є максимальне зниження загального ризику серцево-судинних захворювань і смертності, шляхом корекції усіх виявлених факторів ризику і стійкого та поступового зниження АТ до рівня менше 140/90 мм рт. ст, лише за винятком тих випадків, коли при зниженні АТ з’являються симптоми, пов'язані з погіршенням кровопостачання життєво важливих органів. Цієї мети прагнуть досягати надзвичайно обережно і поступово, забезпечуючи добру переносимість препаратів.

Основним критерієм для призначення медикаментозної терапії є не лише ступінь підвищення АТ, а визначення групи ризику пацієнта. При високому ризику розвитку серцево-судинних ускладнень (наявність супутньої стенокардії, перенесені інфаркт міокарда чи інсульт, операція реваскуляризації, нефропатії, ураження периферичних судин, ретинопатії та цукровий діабет) медикаментозну терапію АГ починають одразу, незалежно від рівня АТ, так як небезпека виникнення ускладнень АГ у таких пацієнтів складає понад 30% в найближчі 10 років.

При низькому та середньому ризику медикаментозній терапії АГ обов'язково передує немедикаментозна программа лікування, яка триває від 3 до 12 місяців. Застосування антигіпертензивних препаратів вимагає особливої обережності у літніх пацієнтів. Надмірне й раптове зниження АТ у таких хворих може призвести до ускладнень, зумовлених погіршенням коронарного резерву, видільної функції нирок і зменшення мозкового кровопостачання.

Категорично заборонено вживати гіпотензивні медикаменти без попередньої консультації з лікарем, що може призвести до небажаних наслідків. Режим прийому антигіпертензивних ліків повинен бути якомога простішим, а кількість їх - якнайменшою. Втім, одного препарату не завжди достатньо для досягнення цільових рівнів АТ, що зумовлює використання комбінацій препаратів. Зважаючи на те, що лікування антигіпертензивними медикаментами призначається на тривалий час, а нерідко - пожиттєво, істотними факторами добору терапії є вплив ліків на якість життя, відсутність побічних впливів, а також вартість препаратів.

Немедикаментозна терапія.

Зміна способу життя - перший та головний крок у лікуванні гіпертонічної хвороби.Підвищення артеріального тиску в значній мірі залежить від поведінки людини. Без призначення медикаментів артеріальний тиск може нормалізуватися якщо хворий буде дотримуватись правил:

Зменшити масу тіла.

Відмовитись від вживання алкоголю.

Підвищити аеробну фізичну активність. Рекомендується ходіння тривалістю 30-45 хвилин 3-5 разів на тиждень.

Припинити тютюнопаління.

Обмежити вживання кухонної солі.

Збільшити вживання калію з їжею. За рахунок овочів та фруктів: картопля, яблука, буряк, морква, ізюм, сливи, курага, чорнослив, вишня, грейпфрути, грейпфрутовий сік, сливовий сік, апельсиновий сік.

Зменшити вживання жирів з продуктами харчування. .

Уникати стресових ситуацій. Бажано планувати короткі програми релаксації: медитація, молитва, фізкультура та інше кілька разів (4-6) на день. Хворому на ГХ бажано забезпечити повноцінний відпочинок, достатній нічний сон[26].

Надмірне вживання алкоголю сприяє підвищенню АТ та викликає резистентність до антигіпертензивної терапії. Вживання алкоголю не повинно перевищувати 30 мл етанолу на добу для чоловіків і 15 мл - для жінок.

При наявності високого ступеня нікотинової залежності у хворого на АГ доцільне призначення нікотинозамісної терапії. Жувальна гумка, що містить нікотин (наприклад, нікорете 2 мг) з нейтральним або м’яким присмаком рекомендується особам, що випалюють до 25 сигарет на добу, а 4 мг - тим, хто щодня випалює понад 25 сигарет.

Таблиця визначення нормальної ваги тіла.

Маса тіла хворого на ГХ має наближатись до ідеальної незалежно від віку людини, її можна визначити при допомозі наступних формул:

а/ маса тіла = ріст в cм -100,

б/ маса тіла = ріст в cм x периметр грудної клітки в см/240 .

Збільшення маси тіла корелює з підвищенням АТ, а її зменшення у хворих на ожиріння має значний антигіпертензивний ефект. Так, зменшення ваги на 1 кг супроводжується зниженням САТ на 3 мм рт. ст., ДАТ - на 1-2 мм рт. ст.

Обмеження вживання солі та дотримання дієти сприяє зниженню АТ. Доведено, що зменшення натрію в дієті до 5,0 г (стільки солі міститься у 1/2 чайної ложки), асоціюється зі зниженням САТ на 4-6 мм рт. ст. та ДАТ - на 2-3 мм рт. ст. Зниження АТ унаслідок зменшення вживання солі більш суттєве у людей похилого віку. Їжа повинна містити достатню кількість калію і магнію (щоденне вживання фруктів та овочів до 400-500 г) та кальцію (молочні продукти). Рекомендується вживати рибу тричі на тиждень. Зменшувати в раціоні кількість жирів, особливо тваринного походження, та обмежувати продукти, багаті на холестерин. Менше вживати цукру (60 г/добу) і продуктів, що його містять

Раціональна дієтотерапія дозволяє зменшити рівень АТ у хворих з м’якою гіпертензією тією ж або навіть більшою мірою, ніж монотерапія антигіпертензивними препаратами. Так, у дослідженні DASH дотримання хворими низькосольової дієти, що містить фрукти, овочі та продукти з низьким вмістом жирів, дозволило досягти зниження АТ у пацієнтів з АГ на 11,4/5,5 мм рт. ст. Нижче наводяться основні компоненти цієї дієти [20]

Таблиця 1.4

Харчові компоненти DASH-дієти

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вид Їжі | Кількість порцій в день | Вмсіт 1 порції | Приклади |
| Злаки і зернові культури | 7 -8 | 1 шматок хліба. Чашки сухих зерен( хлопˊя).Чашка приготовленого рису,лапші,вівсянки. | Цільний пшеничний хліб,хліб грубого помолу,крупи і рослинні волокна,вівсяна крупа.Забезпечує енергією і рослинним волокном. |
| Овочі | 4 -5 | 1 чашка сирих листових овочів.Чашка приготовлених овочів,170мл овочевого соку. | Картошка,помідори,морква горох,гарбуз,кабачок,броколі,редьк,листова капуста,овочевий суп,шпінат,артішоки,квасоля. Джерело К,Mg і волокон. |
| Фрукти | 4 -5 | 225 мл фруктового соку,1 середніх розмірів фрукт,чашки сушених фруктів,чашки свіжих,заморожених чи консервованих фруктів. | Абрикоси,банани,фініки,виноград,апельсин,апельсиновий сік,грейпфрути,грейпфрутовий сік,манго,диня,персики,ананаси,сливи,ізюм,клубніка,мандарини.Джерело К,Mg і волокон. |
| Продукти з низьким вмістом жиру і обезжирені продукти | 2-3 | 225 мл молока,1 чашка йогурту,40 г сиру. | Обезжирене або 1% молоко,обезжирена або з низьким вмісто жиру сироватка,обезжирений або з малим вмістом жірів йогурт,частково обезжирений сир моцарелла,обезжирений сир.Багате джерело Ca і білків. |
| М'ясо домашня птиця,риба | 2 чи менше | 85 г приготованого мяса птиці чи риби | Вибирати лише пісне,видаляти видимий жир,тушити чи варити,а не жарити в великій кількості жиру,видаляти шкірку. Багате джерело білків і Mg |
| Оріхи,боби, дзернята | 4 -5 на тиждень | 40 г чи пів чашки очищених зернят,3 мл насіння,пів чашки приготованих бобів | Мигдаль,фундук,суміші горіхів,арахіс,грецький горіх,зернята соняшника.Джерело енергії,білків і волокон. |

Фізичні вправи, будучи біологічним стимулятором регулюючих систем, забезпечують активну мобілізацію пристосованих механізмів і підвищують адаптаційні можливості організму і толерантність <http://ua-referat.com/%D0%A2%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%82%D0%BD%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C> хворого до фізичних навантажень. Вельми важливо і те, що виконання фізичних вправ супроводиться, як правило, виникненням певних емоцій, що також позитивно впливає на протікання основних нервових процесів <http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%86%D0%B5%D1%81> в корі великих півкуль.

Застосування різних засобів і прийомів <http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%B9%D0%BE%D0%BC%D1%83> для зниження підвищеного м'язового тонусу (елементи масажу, пасивні вправи, ізометричні вправи з подальшим розслабленням) може бути використано і для зниження підвищеного судинного тонусу. Застосування фізичних вправ надає позитивну дію на самопочуття хворого ГХ: зменшуються дратівливість, головні болі, запаморочення, безсоння, підвищується працездатність [14].

Регулярні заняття анаеробними видами активності є малоефективними для застосування в регуляції АТ. Актуація уваги йде на аеробних видах активності,які доведено,сприяють підтримки нормального АТ. Під час анаеробного тренування ЧСС і АТ підвищуються,задовольняються потреби в підвищеній кількості кисню на рівні працюючих мязів. АТ під час виконання навантаження підвищується наслідок збільшення ЧСС і систолічного об’єму чи об’єму крові,що викидується під час кожного скорочення серця.Також збільшується сила кожного скорочення серця.

Регулярні заняття аеробної спрямованості покращують АТ в спокої,оскільки організм адаптується до виконання до більш інтенсивних чи більш високих навантажень за рахунок збільшення числа кровоносних судин,що забезпечують робочі мязи кровю і киснем.серцевий викид збільшується як в спокої так і під час фізичного навантаження. Зниження супротиву кровоточу,яке відбувається під час тренувальних занять,продовжується і в період після його завершення,що призводить до пониження як систолічного так і діастолічного тиску на період до 22 годин після занять. Таким чином в результаті регулярних занять руховою активністю більш низький АТ підтримується тривалий час.

Також для нормалізації АТ можна використовувати йогу та тай чи. В небагато кількісному дослідженні пацієнтів,що страждають гіпертензією,65 % могли контролювати АТ за допомогою виключно вправ Шавансани - йоги, при цьому ніяких препаратів вони не вживали.Після того як пацієнти перестали щоденно виконувати вправи,АТ в них суттєво піднялось до рівня,що був заєрестрований перед початком досліджень. В більш пізнішому небагато численному дослідженні особистостей,що страждають на гіпертонію,вчені спостерігали суттєве зниження ЧСС в покої,систолічного і діастолічного тиску крові всього після трьох тижнів щоденних занять йогою. Через чотири тижні занять зниження АТ і ЧСС було ще більшим.Таким чином,в нас є всі підстави припустит,що часті заняття йогою можуть привести до зниження АТ.

Також попередні дані показують,що регулярні заняття тай чи приводять до зниження АТ і стресу. В одному з досліджень люди три рази в неділю протягом 12 тижнів виконували вправи та й чи чуань. Кожне заняття включало 10 - хвилинну розминку, 30 - хвилинне виконання вправ тай чи і 10 хвилинну завершуючи розминку. Інтенсивність вправ складала приблизно 64% ЧСС макс. Після 12 тижнів занять у досліджуваних відбулося значне зниження систолічного і діастолічного тиску на 15,6 і 8,8 мм рт.ст. відповідно. Відповіді на питання анкети,спрямовані на оцінку толерантності до стресу, показали зниження як особистісної тривожності,так і стан тривоги у досліджуваних. В іншому дослідженні менш виражене зниження як діастолічного,так і систолічного тиску було досягнуто в результаті 6 - тижневої програми занять тай чи[36]

Східна медицина, приміром, рекомендує навчитися знімати стрес, застосовуючи техніку свідомого м'язового розслаблення. Зробити це зможе кожен: в розслабленому стані (поза, сидячи або лежачи) сильно стискати кулаки на три-чотири секунди і концентруючись при цьому тільки на виникає відчуття напруги, а потім розслабляти руки. Корисна буде гімнастика на напругу-розслаблення всіх основних груп м'язів нашого тіла - спини, шиї, плечей і передпліч, живота, сідниць і стегон, гомілок і навіть стоп.

Найбільш приємними навантаженнями, які можна було б порадити при гіпертонії, є танці. Можна записатися на танцювальні заняття, наприклад, східні. Танець живота не гірше фітнесу зможе зміцнити м'язову систему, вплинути на розширення судин і поліпшити кровообіг.

Оздоровча фізкультура при гіпертонії повинна включати катання на велосипеді. Цілком допускається помірна, нешвидка їзда, яка ніяк не вплине на ваше самопочуття. Користь навіть можна вдвічі збільшити, якщо для катання буде обраний свіже повітря.

Можна також зайнятися веслуванням, плаванням в річці або басейні. Завдяки плаванню зміцнюються м'язи рук і спини, добре стимулюється кровообіг, а організм насичується киснем. При плаванні в морській воді тіло можна наситити морською сіллю, благотворно позначається на здоров'ї. Плавання надає релаксуючий вплив на центральну нервову систему. Відбувається гармонізація процесів збудження і гальмування, зменшується вплив на організм стресів. Результат такого впливу на людину - нормалізація судинного тонусу. Як зазначалося вище, під час плавання відбувається рефлекторне звуження судин шкіри та підшкірної клітковини. Після виходу з води спостерігається зворотний ефект. В результаті знижується артеріальний тиск. Гіпотензивний ефект плавання зберігається протягом дванадцяти - п'ятнадцяти годин. Якщо тренування відбуваються три - чотири рази на тиждень, гіпотензивний ефект закріплюється на більш тривалий період. При регулярних заняттях плаванням, відзначається стійке зниження систолічного артеріального тиску на десять - п'ятнадцять одиниць від початкового рівня, а діастолічного, на п'ять - десять одиниць [15].

Завжди ефективною і загальнодоступною є фітотерапія. Для лікування цього захворювання можуть бути використані такі трави, як лист брусниці, квітки глоду, сушеницу, мелісу, буркун, квітки калини, листя і пагони малини, суниці, календулу, валеріану, пустирник, плоди горобини, конюшина. Для приготування лікувального настою в більшості випадків беруться 4 - 5 видів лікарських рослин в рівних пропорціях. Результат прийому такого настою проявляється вже після першого тижня прийому.

Сучасне лікування артеріальної гіпертензії - це і гірудотерапія. Лікування гіпертонії за допомогою п'явок засноване на декількох принципах впливу п'явок на організм людини.

Зменшення кількості крові в кровоносній руслі. П'явка сама по собі за сеанс випиває приблизно 10 - 20 мілілітрів крові. Це зовсім не велика кількість і його втрата не приносить шкоди, але при установці декількох п'явок і проведенні курсу лікування виробляє гіпотензивний ефект (зниження тиску).

При різних захворюваннях існують схеми постановки п'явок в різні точки, які, як правило, збігаються з біологічно активними точками. Вплив на ці точки викликає рефлекторне роздратування нервових центрів, що сприяє поліпшенню кровообігу і нормалізації процесів обміну речовин.

Під час укусу п'явка викидає в кров пацієнта свою слину, в якій міститься широкий спектр біологічних речовин. Вони надають дію на кров, нормалізує систему згортання крові, її консистенцію і плинність. Це вирішує проблему утворення тромбів, яка виникає при гіпертонічній хворобі і може стати причиною інсульту та інфаркту.

Коли п'явка присмокталася до руки крім того, відбувається зміцнення судинної стінки і розсмоктування атеросклеротичних бляшок.

Гірудотерапія підсилює ефект від медикаментозної терапії, дозволяючи знизити дози препаратів, а з часом може повністю замінити ліки.Лікування гіпертонічної хвороби за допомогою гірудотерапії абсолютно безболісно, безпечно і фізіологічні для організму людини. При правильному і систематичному лікуванні гіпертонії гірудотерапія дає відмінні результати, які зберігаються тривалий час, покращує загальне самопочуття, підвищує імунітет і додає життєвих сил.

Масаж як лікувальний метод показаний при I і II стадіях гіпертонічної хвороби. При III стадії гіпертонічної хвороби масаж застосовувати не можна

Точковий масаж і шиацу-терапія.

В основу точкового масажу покладений принцип впливу на біологічно активні "життєві точки" кінчиком пальця.

Точковий масаж проводиться подушечкою великого або середнього пальця. Використовуються два методи - заспокійливий і тонізуючий.

Знизити артеріальний тиск можна, впливаючи на такі групи точок

Першу групу точок масажують по непарних днях курсу. Точки 4-у і 11-ю масажують збудливим методом, прийомом глибокого натискання з вібрацією протягом 0,5-1 хв.

Решта точки масажують заспокійливим методом у зазначеній послідовності: прийомом легкого натискання з обертанням в сповільнюється темпі.

Тривалість процедури - 10-15 хв. При головному болю дану методику можна використовувати по 2 рази на день, при лікуванні гіпертензії I-II ступеня курс складається з 20-24 процедур з обов'язковим інструментальним визначенням АТ. Проводиться в спокійній обстановці (відсутність телефону, гучної музики і інших подразників). Виконувати тільки при підвищеному артеріальному тиску, при гіпотензії не проводити! Дану методику після впливу на виходи подглазнічного нерва (точки си-бай) розширюють за рахунок впливу на точки по середній лінії голови гальмівним способом від 1,5 до 2 хв, починаючи з точок інь-тан, е-чжун, Шень-тин, бай -хуей[18].

Точковий масаж (акупрессура) проводиться з використанням збудливого методу. Виконується енергійне натиснення на обрані біологічно активні точки з вібрацією і обертанням протягом 1-2 хвилин. При цьому зазвичай з'являються відчуття розпирання, болю, почуття проходження електричного струму в проекції БАТ. Всього проводиться 10-15 сеансів точкового масажу, при необхідності курс лікування повторюється через 2-3 місяці.

Дуже простим і доступним способом загальнозміцнюючий і стимулюючого впливу на організм, є використання масажної щітки.

Проведення лінійного східного масажу по певних зонах верхніх і нижніх кінцівок вранці протягом 5-7 хвилин дозволяє швидко активізувати кровообіг, стимулювати роботу серця і легенів, ендокринної системи та головного мозку.

Хороший ефект дає при гіпертонії робити енергійний і розтираючий масаж вушних раковин вранці і в денний час.

Через 1,5-2 місяці після проведення першого курсу лікування при підвищеному артеріальному тиску можна провести другий курс рефлексотерапії з використанням поверхневого голковколювання. Для цього можна використовувати голчастий молоточок, зубчастий валик - проводять вплив на шийно-комірцеву зону і паравертебрально протягом 5-7 хвилин щодня протягом 8-10 днів. Для цих же цілей можна застосовувати голчастий аплікатор, який накладається на область шиї, верхній частині спини при положенні пацієнта лежачи на спині. Тривалість дії - 20-30 хвилин.

При артеріальній гіпертензії в початкових стадіях добре допомагає і вакуумний баночний масаж, а також курсове лікування апаратом «Витафон».

Класичний масаж. Починають сеанс масажу з верхньої частини спини (в області лопаток ) і грудей. При масажі спини пацієнт лежить на животі, під ногами - подушка (згорнута ковдра і т.п.), гомілки повинні бути підняті під кутом 45-100 °; голова лежить довільно, руки опущені вздовж тулуба, злегка зігнуті в ліктьових суглобах і повернені долонями нагору. Таке вихідне положення сприяє розслабленню всіх груп м'язів і суглобів.

Перший прийом погладжування (двома руками по всій спині від таза нагору до голови; 5-7 разів). Потім вижимання (4-6 разів), а за ним розминання- долонями на довгих м'язах спини, подвійне кільцеве на найширших м'язах (по 4-5 разів) і знову на довгих м'язах, але на цей раз щипцеподібним прийомом (3-4 рази ). Після цього виконують комбіноване погладжування (4-5 разів), легке вижимання (3-4 рази) Починають масаж з верхньої частини спини. Комбіноване погладжування виконується від нижнього краю лопатки і шиї (5-7 разів) з однієї, потім з іншої сторони. Вижимання ребром або основою долоні (по 3-5 разів з кожної сторони). Розминання подушечками чотирьох пальців уздовж хребта (4-6 разів). Вижимання й поглаживание (по 3-4 рази). Далі проводять поздовжнє попеременное поглаживание з акцентом на верхню частину спини і розтирають паравертебральні зони спинномозкових сегментів С7-С2 і D5-D1. Застосовують: прямолінійне розтирання подушечками більших пальців (4-7 разів): подушечками чотирьох пальців (з положення стоячи перпендикулярно, 3-5 разів), спиралевидное розтирання подушечками більших пальців (3-5 разів). Закінчують вижиманням (3-5 разів) і поглаживанием (3-5 разів). Весь комплекс прийомів повторити два-чотири рази.

Після цього пацієнт лягає на спину, під головою подушка. Масажні рухи - від підребер'я. Всі прийоми проводяться то з одного, то з іншого боку.

На грудях виконують зигзагоподібне поглаживання (4-6 разів), вижимання основою долоні і горбом великого пальця або ребром долоні - від грудини до пахвової западини по трьох- чотирьох лініях (5-7 разів), поглаживання (2-3 рази), разминання ординарне (3-5 разів), потряхування(2-3 рази), знову вижимання (3-4 рази) і розминання фалангами пальців, стислих в кулак (3-5 разів), потряхування і погладжування (по 2-3 рази).

Весь комплекс повторити не менш двох разів, після чого пацієнт знову лягає на живіт.

Виконуються: поглаживание на шиї і надпліччі (від голови вниз то по одній, то по іншій стороні до плечового суглоба); вижимання на цих же ділянках і в тому ж напрямку великим пальцем, розташованим поперек шиї, або ребром долоні (обидва прийоми - по 3-4 рази).

Розминання на трапецієподібних м'язах проводять подушечками чотирьох пальців (4-5 разів). Потім, виконавши вижимання й поглаживание (по 2-3 рази), повторюють разминание (3-4 рази) і переходять до масажу волосистої частини голови. Тут спочатку роблять поглаживание від верхівки вниз до шиї: долоні розташовуються на тім'ї (ліва - праворуч, права - зліва) і, одночасно просуваючись вниз, погладжують передню і задню частини голови (3-4 рази). Після цього руки переносять на бічні частини голови пальцями в бік потилиці; погладжування вниз до вух по черзі то правою, то лівою долонею і від маківки вниз по шиї до спини (всі - по 3-4 рази).

Після цього робиться вижимання ребром долоні - повільно і зі значним тиском (3-4 рази). Наступний прийом-розтирання. Воно виконується на потиличній частині голови, ближче до шиї. Розтирання проводиться подушечками чотирьох пальців (пальці зігнуті) одночасно обома руками; рух - від вух уздовж потиличної кістки у напрямку до хребетного стовпа (4-5 разів). Потім робиться подвійне кільцеве розминка по м'язам шиї і надплечью - від волосистої годину-ти голови вниз до плечового суглоба (3-5 разів). Далі масажують верхню частину спини і грудей (комірцеву зону): погладжування і вичавлювання (по 3-4 рази), розминання (2-3 рази), погладжування. І повертаються до волосистої частини голови.

Починають масаж з погладжування - долонями від верхівки вниз то по передній і задній сторонах, то з боків (3-4 рази) і подушечками розведених пальців обох рук зверху вниз (2 - 3 рази). Розтирання також проводиться подушечками пальців (обох рук), що проникають крізь волосся. Спочатку руки кругообразно рухають від чола до маківки, а потім - від верхівки за вухами до шиї (по 3-4 рази). Потім роблять поглаживание від верхівки вниз (2-3 рази).

Тепер пацієнт повинен опустити голову і притиснути підборіддя до грудей - піде масаж за вухами. Після погладжування кінчиками вказівного і середнього пальців роблять легке вижимання зверху вниз (3-4 рази) і розтирання (пальці проникають якнайглибше, але тиск не повинне викликати болю) дрібними обертальними рухами (4-5 разів). Слідом за цим проводиться розминка в області верхівки-пальцями, розведеними нарізно, роблять кругові тиснуть руху; розминається шкірний покрив з лежачими під ним тканинами, пальці зміщаються разом зі шкірою (2-3 рази).

Потім пальці обох рук розташовують на лобовій частині, і розминання робиться знизу нагору до верхівки. На бічних частинах голови пальці обох рук розминають шкіру над вушними раковинами (обертаючись у бік мізинця і просуваючись до верхівки). Нарешті, при розминці потилиці пальці поміщаються в границі волосяного покриву і просуваються вгору. На кожній дільниці розминка проводять по 2-3 рази. Після розминання роблять поглажування від верхівки вниз по всій голові.

Тепер можна перейти до поглаживанию чола - дуже ніжному, без зсуву і розтягування шкіри. Прийом здійснюється пальцями обох рук (кожна у свою сторону, від середини лоба до скронь; 3-4 рази). Наступне поглаживание виконується від надбрів'я до волось (3-4 рази). У цих же напрямках роблять кругове розтирання (2-3 рази), а слідом за ним - розминання подушечками пальців; їх розташовують перпендикулярно і, придавлюючи, зміщують шкіру.

Масаж скроневих областей: кінчиками середніх (або середніх та безіменних) пальців обох рук обережно натискає на шкіру і виробляють кругове розтирання (3-4 рази). На закінчення сеансу повторюють загальне поглажування голови зверху вниз до плечового суглоба (4-5 разів) і на грудях (4-6 разів). Тривалість масажу - 10 - 15 хв.

Хороший ефект дає і самомасаж у вигляді розтирання жорстким рушником: уздовж і поперек спини (по 5-6 разів), уздовж і поперек задньої частини шиї (по 3-4 рази ). Спочатку розтирання роблять вологим рушником, а потім сухим. В кінці добре зробити легкі обертання головою, нахили вперед і в сторони.

Якщо протягом 3-6 міс проведення немедикаментозної гіпотензивної терапії не наступає зниження AT до 140/90 мм рт.ст., то доцільно переходити на медикаментозне лікування. В деяких випадках вже після першого огляду хворого позитивно вирішується питання про призначення медикаментів. Враховується також бажання хворого змінити чи не змінити свій спосіб життя. Нефармакологічні методи не втрачають свого значення на всіх стадіях ГХ і не повинні відмінятись[26].

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ І ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

.1 Методи дослідження

У роботі використовували метод аналізу літературних джерел .В процесі аналізу літературних джерел було виявлено загальні особливості захворювання і основні методи фізичної реабілітації, що застосовуються при реабілітації хворих на артеріальну гіпертензію. В процесі дослідження було проаналізовано 44 джерел, серед них 8 джерел закордонних авторів, 36джерел вітчизняних авторів.

Аналіз літературних джерел допоміг визначити особливості застосування фізичної реабілітації хворих на артеріальну гіпертензію, що стало основою для розробки комплексної програми фізичної реабілітації для тематичних хворих.

.2 Організація дослідження

гіпертензія лікування реабілітація

Організація проходила в три етапи з вересня 2014 року до травня 2015 року.

І етап (вересень - листопад 2014 р.) було проведено аналіз літературних джерел та написано 1 розділ курсової роботи.

ІІ етап (грудень 2014 - березень 2015 року) було теоретично обґрунтовано і розроблено комплексну програму фізичної реабілітаці при артеріальній гіпертонії.

ІІІ етап (квітень - травень 2015) сформульовані висновки до курсової роботи, завершено оформлення роботи, проведено підготовку до захисту.

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Аналіз літературних джерел дозволив окреслити основні задачі фізичної реабілітації при АГ:

.Стимуляція екстракардіальних факторів кровообігу

. підвищення загального тонусу організму

. сприяти нормалізації судинного тонусу

. підвищити толерантність до фізичного навантаження.

.покращення психічно - емоційного стану

.стимуляція кардіальних факторів кровообігу

.профілактика ускладнень

.підвищити резистентність стійкості до несприятливих факторів навколишнього середовища

Було сформульовано основні протипоказання лікувальної фізичної культури при артеріальній гіпертонії

Гіпертонічний криз

Підвищення систолічного тиску понад 180 мм.рт.ст. і діастолічного - понад 110 мм.рт.ст.

Серцева недостатність ІІ ступеня і вище

Гіпертонічна хвороба ІІІ стадії

Напади стенокардії

Різке погіршення самопочуття

Також , хворим на гіпертонію слід уникати:

Підйому тяжкості

Занять ритмічною гімнастикою

Вправ, які супроводжуються скороченням м'язів без руху тулуба і кінцівок

Підйому в гору ( з вантажем і без нього)

Фізичних навантажень при високих і низьких температурах повітря.[5]

Засоби ФР:

Кінезіотерапія

Масаж

Механотерапія

Гігієнічні фактори

.Комплексна терапія:

фізіотерапія,

дієтотерапія

фітотерапія,

рефлексотерапія

психотерапія

Структура програми включає 3 етапи:

Підготовчий( адаптаційний)

Основний

Підтримуючий

Підготовчий етап 3 - 4 неділі

Задачі:

Адаптація до наступних навантажень основного періоду

Покращення психологічно - емоційного стану

Підвищення тонусу організму

Стимуляція екстракардіальних факторів

Формування моторно - вісцеральних рефлексів

Засоби:

Кінезіотерапія(Співвідношення ЗРВ до ДВ - 3: 1, число повторень - 4 - 6 разів. В заняття також включаються вправи на розслаблення, рівновагу, координацію рухів. Тривалість заняття - 20 - 25 хвилин.)

Вп : стоячи, сидячи на стулі[16]

Форми : 1. Ранкова гігієнічна гімнастика(РГГ)(потягування і розтягування,дихальна гімнастика 5-10 хв., щодня)

Приблизний комплекс РГГ для людей хворих на АГ:

. Ходьба на місці 1хв.темп середній

. Стискання і розтиснення пальців - 15 разів.

. Перекати з п'яти на носок - 10 разів.

Плечі і голову відвели назад - вдих, плечі стискаємо, голову вниз - видих..

. Вихідне положення - права рука вгору. Почергова зміна положення рук

. Вихідне положення - основна стійка.

) Ліву ногу в сторону, руки в сторони.

) Руки за голову.

) Руки в сторони.

) Початкове положення.

. вихідне положення - руки на пояс

вдих,

нахил вправо (торкнутися підлоги) - видих.

Початкове положення - вдих

Нахил вліво(торкнутися підлоги) - видих

. Вихідне положення - руки в сторони

-4 - обертання руками вперед

-8 - обертання руками назад.

. Вихідне положення - основна стійка, руки на поясі

) випад лівою ногою вперед, праву руку вперед

-3 - присідання

) вихідне положення

-8 - теж з іншої ноги

. Підняли руки вверх - вдих, опустили - видих.

. Вихідне положення - основна стійка, руки на поясі

) поворот вліво, рука в сторону.

) вихідне положення.

) поворот вправо, рука в сторону.

) вихідне положення.

. Вихідне, положення - основна стійка, руки на поясі.

) присідання.

) вихідне положення.

) мах лівою ногою вперед, назад.

) вихідне положення.

-8 - теж з іншої ноги.

. Крок убік, руки в сторону - вдих, повернутися в і.п. - Видих

. Вихідне положення - основна стійка, руки на поясі.

) нахили вперед.

) правою рукою торкнутися підлоги

) лівою рукою торкнутися підлоги

) вихідне положення

. Руки вгору, потягнулися - вдих, опустили - видих.

.Лікувална гімнастика(ЛГ) 3рази в тиждень,25 - 30 хв

Таблиця 3.1

Приблизний комплекс лікувальної гімнастики на підготовчому етапі

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Впр№ | | | Зміст | Дозування | Організаційно-методичні вказівки | | | |
| Пульсометрія, вимірювання АТ | | | | | | | | |
| Підготовча частина | | | | | | | | |
| 1. | | | В. П. - сидячи на стільці. 1.Розвести руки в сторони 2.Повернутися в В. П. | 4- 5р | | Вдих видих | | |
| 2. | | | В.П. - те ж саме, 1.руки до плечей, лікті в сторони. 2. Виконувати обертання рук в плечових суглобах в різні боки | 12-16 р | | Темп повільний Дихання довільне Амплітуда середня!! | | |
| 3. | | | В. П. - сидячи на стільці, ноги випрямлені вперед, п'яти на підлозі. Виконувати обертання стоп | 6-8 р | | Темп повільний Поступове збільшення амплітуди Дихання довільне | | |
| 4. | | | В. П. - сидячи на стільці. 1.Поворот тулуба вправо, праву руку в сторону, лівою рукою торкнутися спинки стільця праворуч 2.повернутися в В. п. Те ж саме повторити в інший бік | по 4-6 р | | Темп довільний видих вдих | | |
| 5. | | | В. П. - те ж саме. Права нога випрямлена вперед, ліва зігнута в колінному суглобі. Зміна положення ніг | 8-12 р | | Дихання довільне | | |
| 6. | В. П. - сидячи на краю стільця, спершись на спинку,ноги випрямлені вперед, права рука на грудях, ліва на животі. Виконувати діафрагмально-грудне дихання | | | 3-4 р | | |  | |
| Пульсометрія | | | | | | | | |
| Основна частина | | | | | | | | |
| 7. | | | Ходьба з високим підніманням колін | 1 хв | | | | Темп середній Дихання довільне |
| 8. | | | В. П. - основна стійка. Виконувати розслаблене потряхивание м'язів ніг | 2-3 р | | | | Темп повільний Дихання довільне |
| 9. | | | В. П. - те ж саме. 1.Піднімання на носки, 2.В. п. | 5 р | | | | Темп середній вдих видих |
| 10. | | | В. П. - стійка ноги нарізно, руки на пояс. 1.Перенести вагу тіла на одну ногу, згинаючи її в колінному суглобі, однойменну руку відвести в сторону 2.повернутися в і. п. | 5-6 разів | | | | Темп середній Спина рівна вдих видих |
| 11. | | | В. П. - те ж саме. 1.Нахил вправо, ліву руку за голову 2.повернутися в і. п 3 - 4 теж вліво | 4-6 р | | | | Темп середній Вдих видих |
| 12. | | | В. П. - стоячи, однією рукою тримаючись за спинку стільця. Виконувати махи ногою вперед-назад з розслабленням м'язів ноги. | 5-8 р | | | | Темп середній Слідкувати за диханням |
| 13. | | | В.П. - лежачи на спині з високим узголів'ям, права рука на грудях, ліва на животі. Виконувати діафрагмально-грудне дихання. | 3 -4 р | | | | Темп середній |
| 14. | | | В. П. - лежачи на спині. 1.Зігнути ногу в колінному суглобі і підтягти коліно до живота 2.повернутися в і. п | 8-10р | | | | Темп середній видих вдих |
| 15. | | | В. П. - те ж саме. 1.Виконувати згинання рук в ліктьових суглобах, з одночасним стисканням пальців в кулак і згинанням стоп 2.повернутися в і. п. | 8-12 р | | | | Темп середній вдих видих |
| 16 | | В. П. - те ж саме. Виконувати почергове піднімання ніг | | 6-8 р | | | | Дихання довільне. |
| 17 | | В. П. - те ж саме, ноги зігнуті в колінних і тазостегнових суглобах з опорою стопами. Виконувати розслаблене потряхивание м'язами ніг - | | 20-30 с. | | | | Дихання довільне. |
| 18 | | В.П. - лежачи на спині. Виконувати підведення і відведення ноги в сторону. | | 6 -8 р | | | | Дихання довільне. |
| 19 | | В.П. - лежачи на спині з високим узголів'ям, права рука на грудях, ліва на животі. Виконувати діафрагмально-грудне дихання. | | 3-4 р | | | |  |
| Пульсометрія | | | | | | | | |
| Заключна частина | | | | | | | | |
| 20. | | В. П. - лежачи на спині. 1 - праву руку на пояс, ліву - до плеча, 2 - повернутися в і. п., 3 - ліву руку на пояс, праву - до плеча, 4 - повернутися в і. п., 5 - праву руку на пояс, ліву ногу зігнути, 6 - повернутися в і. п., 7 - ліву руку на пояс, праву ногу зігнути, 8 - повернутися в і. п. | | 4-5р | | | | Темп середній Слідкувати за диханням |
| 21. | | В. П. - те ж саме. Закрити очі, розслабити м'язи правої руки, потім лівої руки. | | 1 -2 хв | | | | Дихання довільне |
| Вимірювання АТ | | | | | | | | |

.Ходьба (відстань 1 - 2 км при темпі 80 - 90 кроків / хв. )

.Масаж(масаж голови, шиї і комірцевої зони, тривалість - 10 - 15 хвилин, курс лікування - 20 процедур)

.Загальні гігієнічні фактори(режим праці та відпочинку)

.Комплексна терапія: фітотерапія, фізіотерапія,дієтотерапія

Фітотерапія

До складу зборів лікарських рослин зазвичай включають рослини, які надають заспокійливу, спазмолітичну і сечогінну дії. Під час лікування настої і відвари треба приймати не менше 21 дня з 7-денною перервою. Курс лікування триває не менше 3 місяців.

Заспокійливою дією володіють: Звіробій продірявлений,пустирника пятілопастного,м'ята перцева,валеріана лікарська,півонія,лист яблуні і лист груші (листя груші за дією перевершують валеріану),меліса лікарська та ін.

Спазми знімають: насіння і трава кропу городнього,насіння і трава фенхеля,ромашки аптечної суцвіття,насіння і трава анісу звичайного,трава чистотілу (папавериноподібну дію, застосовується в малих дозах зважаючи токсичності),петрушка городня та ін.

Сечогінним (диуретическим) дією володіють: брусниця звичайна,нирковий чай (ортосифон тичинковий),толокнянка (ведмеже вушко),хвощ польовий,ялівцю плоди,спориш (горець пташиний),кукурудзяні рильця,астрагал шерстистоквітковий та ін.

Крім того, в збори включають рослини, що знижують холестерин, протромбін і володіють антиоксидантною дією.

Збір № 1

• Омела біла, трава - 2 столові ложки,

• Астрагал шерстистоквітковий, трава - 1 столова ложка,

• Меліса лікарська, трава - 1 столова ложка,

• Сухоцвіт болотна, трава - 2 столові ложки.

столову ложку суміші залити 1 л окропу, настояти в термосі 8 годин, випити за 30 хвилин до їжі в 4 прийоми.[26]

Фізіотерапія

Повітряні ванни при температурі 18 - 19'С від 15 до 25 хв, купання у відкритих водоймах при температурі води не нижче 18 - 19'С, тривалістю до 20 хвилин. З фізіотерапевтичних процедур: електросон, сірководневі, йодо-бромні та радонові ванни. Ультрафіолетове опромінення

Ефективним рефлексогенним методом є застосування парафінових, озокеритних аплікацій у вигляді рукавичок або шкарпеток на верхні чи нижні кінцівки. Тривалість однієї процедури - 30-60 хв. Курс лікування складається з 15-20 процедур.[18]

Дієтотерапія

Дієта грунтується на обмеженні білків (до 90 грам), вуглеводів (до 400 грам) і жирів (до 70 грам). Кількість кухонної солі не повинна перевищувати сім грамів на добу. Загальна маса раціону складає два кілограми. Готувати їжу рекомендується без солі, але її варто подавати до готових страв в кількості від трьох до п'яти грам, решта кілька грам входитимуть в харчові продукти. Страви потрібно тушити, варити або готувати на пару. У добу вживання їжі має ділитися на шість разів, а температур страв холодного приготування не повинна складати нижче п'ятнадцяти градусів, гарячого приготування - не вище шістдесяти градусів.

Одноденне меню може виглядати таким чином:

• на перший сніданок готується омлет з двох яєць, а також чай з молоком;

• на другий сніданок з'їдається печене яблуко;

• на обід можна поїсти овочевий суп (0,5 порції) і парові м'ясні котлети з гречаною кашею;

• на вечерю готується відварна риба з пюре з картоплі і відвар шипшини;

• на ніч впивається стакан кефіру.

За весь день по цій дієті з'їдається хліб білий в кількості 250 грам, житній в кількості ста грам і двадцять грам вершкового масла.[28]

Основний період 2 - 3 місяці

Задачі:

.Стимуляція екстракардіальних факторів кровообігу

. підвищення загального тонусу організму

. сприяти нормалізації судинного тонусу

. підвищити толерантність до фізичного навантаження.

.покращення психічно - емоційного стану

.стимуляція кардіальних факторів кровообігу

.профілактика ускладнень

.підвищити резистентність стійкості до несприятливих факторів навколишнього середовища

Засоби:

Кінезіотерапія (Амплітуда рухів максимально можлива. У заняття включаються нахили і повороти тулуба, голови, вправи на координацію рухів, загальнорозвиваючі дихальні вправи. Співвідношення ЗРВ до ДВ 4: 1. Додатково вводяться вправи з обтяженнями (гантелі - від 0 5 до 1 кг, медіцінболи - до 2 кг))

Вп сидячи на стулі, стоячи ,лежачи[17]

Форми 1.РГГ( По методиці попереднього періоду)

ЛГ( 5 -6 разів на тиждень 1 р в день, 30 - 35 хв)

Таблиця 3.2

Приблизний комплекс лікувальної гімнастики га основному етапі

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Впр | Зміст | Дозування | Організаційно-методичні вказівки | | |
| Пульсометрія, вимірювання АТ | | | | | |
| Підготовча частина | | | | | |
| 1. | Ходьба | 1 хв. | Глибоке дихання | | |
| 2. | І. П. - стоячи, в руках палиця, взятися за кінці палиці. 1.Підняти руки вперед і вгору, ногу назад на носок 2.повернутися в і. п. 3 -4 те ж саме - іншою ногою | 6-8 р | Темп повільний вдих видих | | |
| 3. | В. П. - те ж саме. 1.Руки підняти вгору, ліву ногу в сторону на носок, нахил тулуба вліво 2.повернутися в і. п 3 -4те ж саме в праву сторону. | 6-8 р | Темп повільний видих вдих | | |
| 4. | В. П. - те ж саме, ноги на ширині плечей. 1.Руки вліво, піднімаючи лівий кінець палиці вгору, 2.те ж саме вправо. | 8-10 р | Темп довільний | | |
| 5. | В. П. - те ж саме. 1. Зробити поворот тулуба вліво, палицю відвести вліво на висоті плечей - видих, 2.повернутися в і. п. - вдих. 3-4Те ж в праву сторону. | 6-8р | Темп довільний | | |
| 6. | В. П. - те ж саме, ноги разом. 1.Зробити випад вправо, палицю відвести вправо 2.повернутися в і. п. 3-4Те ж саме в інший бік. | 6-8 р | | Темп середній Спина рівна видих вдих | |
| 7. | В. П.- стоячи, палиця ззаду, взятися за її кінці. 1.Піднімаючись на носки, прогнутися, палицю відвести назад 2.повернутися в і. п | 4-6р | | Темп середній вдих видих | |
| 8. | В. П. - стоячи, палиця стоїть вертикально, впираючись у підлогу, руки на її верхньому кінці. 1.Піднімаючись на носки 2.потім присід, коліна розвести в сторони | 6-8р | | Темп середній вдих видих | |
| 9. | В.П. - основна стійка. Виконувати почергове потряхивание ногами з розслабленням м'язів. | 8 -8 р | |  | |
| Пульсометрія | | | | | |
| Основна частина | | | | | |
| 10. | Біг підтюбцем, що переходить в спокійну ходьбу | 1 -2 хв | | | Темп середній Дихання довільне |
| 11. | В. П. - основна стійка. 1.Розкинути руки в сторони - 2. і. п. | 4 -6 р | | | Темп середній вдих |
| 12. | В. П. - стоячи, ноги на ширині плечей, руки на поясі. 1.Зробити нахил вперед 2.повернутися в і. п. - вдих. | 4-6 р | | | Темп середній видих вдих |
| 13. | В. П. - сидячи. Виконувати струшування ногами з розслабленням м'язів. | 6 -10р | | | Темп середній Спина рівна |
| 14. | В. П. - те ж саме. 1.Зробити поворот голови в бік 2. повернутися в і. п. 3 -4Те ж саме в інший бік.. | 3-4 р | | | Темп середній вдих видих |
| 15. | В. П. - сидячи на краю стільця, спершись на спинку, ноги випрямлені вперед, права рука на грудях, ліва на животі. Виконувати діафрагмально-грудне дихання | 5-6 | | |  |
| 16. | В. П. - сидячи. 1Напружуючи м'язи, руки витягнути вперед, 2зменшуючи напругу м'язів, виконати невеликий полунаклоном тулуба вперед. 3Потім, розслабляючи м'язи рук, "упустити" руки і дати їм мимоволі погойдатися. | 6-8 р | | | Темп середній Слідкувати за диханням |
| 17. | В. П. - те ж саме. Покласти руки до плечей, зблизити лопатки, напружуючи м'язи рук, плечового пояса і спини, зменшити напругу м'язів з невеликим полунаклоном тулуба вперед. Потім, розслабляючи м'язи спини і рук, опустити руки в упор предплечьями на стегна. | 4 -6 р | | | Темп середній |
| 18. | В. П. - лежачи на спині, права рука на грудях, ліва на животі. Виконувати діафрагмально-грудне дихання. | 4-5разів | | |  |
| Пульсометрія | | | | | |
| Заключна частина | | | | | |
| 19. | В. П. - стоячи. 1.Зберігати рівновагу на одній нозі, іншу зігнути в тазостегновому і колінному суглобах, руки вперед. 2.Залишатися в такому положенні 2-4 секунди. 3.Те ж саме зробити на іншій нозі | 3-4разів | | | Темп середній Слідкувати за диханням |
| 20. | З закритими очима пройти 5 кроків, повернутися кругом, повернутися на колишнє місце. | 3-4 р | | | Темп повільний Дихання довільне |
| 21 | В. П. - стоячи. Виконувати почергове розслаблення м'язів рук і ніг. | 3-4 р | | |  |
| 22 | В. П. - те ж саме. 1.Розвести руки в сторони 2.повернутися в В. п. | 3-4 р | | | Темп повільний вдих видих |
| Вимірювання АТ | | | | | |

. Ходьба (до 3 км. Вводиться дозований біг підтюпцем починаючи з 30 до б0-метрових відрізків, який чергується з ходьбою)

.Масаж ( Сегментарно - рефлекторний,точковий масаж)

.Гігієнічні фактори(режим праці та відпочинку)

. Механотерапія

В середньому навантаження повинне становити 60-70% від максимальної, тобто 100-130 уд. / Хв. 2-3 рази на тиждень тривалістю 20-30 хвилин.

Дозволяються заняття на велосипеді, горизонтальному велосипеді, вправи на еліпсоїді. Біг на біговій доріжці.

.Комплексна терапія: фітотерапія, фізіотерапія,дієтотерапія,рефлексотерапія(цуботерапія),голковколювання.

Аплікація металевих кульок (цуботерапія) запропонована в Японії. Суть методу полягає в тому, що точкове вплив здійснюється кулькою з неіржавіючої сталі діаметром 1-2 мм, фіксується на шкірі шматочком липкого пластиру. Кулька може бути виготовлений зі срібла, золота та інших металів (за східним уявленням срібло володіє гальмівним, а золото - збудливим дією).

Кульки випускаються наклеєними на шматочки липкого пластиру розміром 5х5 мм і зверху прикриті прозорою папером. При відсутності кульок промислового виготовлення можна скористатися кульками від підшипників відповідного розміру.

Кулька з шматочком пластиру накладають на потрібну точку і злегка поглиблюють обертовими рухами, після чого пластир приклеюють до шкіри. Для однієї процедури можна використовувати до 10 кульок. Тривалість сеансу 30-60 хв, але можна залишити кульки на строк від 1-3 днів до 2 тижнів. Рекомендується регулювати тривалість впливу кульки на точку в залежності від стану хворого. Якщо через 2-3 дні настає поліпшення, то кульки залишають на своїх місцях. В іншому випадку вибирають інші точки.

При аплікації кульок на кілька днів рекомендується додаткове роздратування натисканням на кульку 1-2 рази на день (цубомассаж) за правилами точкового масажу.

Час повітряних процедур подовжується до 1,5 год, а купань - до 40 хв.

Підтримуючий період - необмежений

Задачі:

Закріплення умовно рефлекторної дії

Підтримка досягнених результатів

Формування стійкої мотивації мотивації до регулярних занять, при тримання загальних гігієнічних заходів

Засоби:

.Кінезіотерапія (застосовуються різні вихідні положення, амплітуда рухів максимальна, темп середній, кількість повторень вправ 8 - 10 разів, ЗРВ до ДВ- 4: 1, тривалість занять - 40 - 60 хв. Для обтяження застосовуються гантелі - від 1,5 до 3 кг, медіцінболи- до 3 кг. Широко використовуються вправи на координацію рухів, рівновагу, тренування вестибулярного апарату, дихальні вправи. Застосовуються окремі елементи спортивних ігор: кидки, передачі м'яча, гра через сітку,)

В.п. стоячи, сидячи, лежачи.[17]

Форми занять:

.РГГ ( по методиці попереднього періоду)

.ЛГ 2 раз в день тривалість 40-45 хв 4-5 разів на тиждень

Таблиця 3.3

Приблизний комплекс лікувальної гімнастики на підримуючому етапі

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Впр № | Зміст | Дозування | | Організаційно-методичні вказівки | |
| Пульсометрія, вимірювання АТ | | | | | |
| Підготовча частина | | | | | |
| 1. | В. п. - Сидячи, розслаблені руки опущені, ноги на ширині плечей, ступні на підлозі. 1.Підняти руки вгору над головою 2. опустити | 3 р | | Темп повільний вдих видих | |
| 2. | В. п. - Те ж. 1.Повернути голову направо, 2.повернутися в і. п., 3-4 те ж наліво. | 2 р | | Темп повільний Дихання довільне | |
| 3. | В. п. - Те ж, руки на поясі. 1.Нахилити тулуб вперед, підняти підборіддя вгору, 2.повернутися в і. п., опустити руки, розслабитися і покачати руками вперед-назад. | 4-6 р | | Темп середній Дихання довільне | |
| 4. | В. п. - Те ж. 1.Підняти плечі вгору 2.опустити. | 3р. | | Темп середній вдих, видих | |
| 5. | В. п. - Те ж. 1.Опустити голову вниз, потім підняти, нахилити назад 2.повернутися в В. п. | 2-4р | | Дихання довільне | |
| 6. | В. п. - Те ж, руки вздовж тулуба. 1.Нахиляючи тулуб вліво, одночасно ковзати правою рукою до пахви, а лівою - вниз; 2.випрямляючи, ковзати руками в зворотному напрямку. | 3-4р. | | Темп середній Дихання не затримувати | |
| 7. | В. п. - Те ж. 1.Підняти руки вгору над головою 2.опустити і, нахиляючись вперед, покласти їх на коліна і ковзати кистями по гомілках до носків ніг, піднявши підборіддя, | 3 -4 р. | | Темп повільний вдих видих | |
| 8. | В.п. - Те ж. Зчепити руки в «замок» під правим коліном і підняти ними зігнуту праву ногу. Розслаблено розгойдувати гомілку вперед-назад. | 10 -15р | | Темп повільний Дихання довільне | |
| 9 | В. п. - Те ж, руки на колінах. Розслабитися - вільний вдих і подовжений видих зі звуком «фу-фу». | 3 -4 р | | Темп повільний | |
| 10 | В. п. - Те ж. Вигнувши спину, опустити плечі, розслабитися і покачати руками вперед і назад. | | 10 -15р | | Темп повільний Дихання довільне |
| 11 | В. п. - Те ж. Кисті рук зчепити в «замок», підняти руки вгору над головою - вдих і ривком опустити вниз зі звуком «ух» - видих. | | 3р | | Темп швидкий Між кожним разом робити відпочинок декільна секунд |
| 12 | В. п. - Те ж. 1.Підняти руки через сторони вгору 2.опустити. | | 3р | | Темп повільний Вдих видих |
| Пульсометрія | | | | | |
| Основна частина | | | | | |
| 13. | В. п. -стійка ноги нарізно руки опущені. Злегка нахилившись вперед і піднявши підборіддя, одночасно похитувати розслабленими руками вперед і назад. | 10 -15 р | | Темп повільний Дихання довільне | |
| 14. | В. п. - Те ж, руки витягнуті вперед. 1.Зігнути праву ногу в колінному і тазостегновому суглобах під прямим кутом і постояти так 10-15 с, утримуючи рівновагу. 2. Те ж, піднявши ліву ногу. | 2-4 р | | Контролювати дихання Темп повільний | |
| 15. | В. п. - Те ж, руки зігнуті до плечей. 1.Підняти лікті вгору 2.опустити. | 3р | | Темп середній Вдих видих | |
| 16. | В. п. - Те ж, руки витягнуті вперед, очі закриті. Пройти 4-6 кроків вперед, повернутися кругом і повернутися у В. п. | 3 -4 р | | Темп середній Дихання довільне | |
| 17. | В. п. - Теж, руки на поясі, очі відкриті. Маятникоподібні похитування розслабленої правою ногою вперед-назад. | 8 -10 р. кожною ногою | | Темп середній Дихання довільне | |
| 18. | В. п. - Те ж, руки зігнуті перед грудьми, долоні з'єднані. 1.Розвести руки в сторони 2.повернутися в . п. | 3р. | | Темп повільний Вдих видих | |
| 19. | В. п. - Те ж, руки опущені, тулуб нахилений вперед, підборіддя підняте вгору. Розгойдують рухами повернути тулуб і руки направо, потім справа наліво і навпаки. . | 8-10р. в кожну сторону | | Темп середній Дихання довільне | |
| 20. | В. п. - Те ж, руки на поясі. Потряхувати правою ногою на 3-4 рахунки. Те ж лівою ногою. | 3р | | Темп середній Слідкувати за диханням | |
| 21. | В. п. - Те ж, руки опущені, долоні притиснуті до тулуба. 1.Одночасно ковзати руками до пахвових западин 2.опускаючи руки | 3р. | | Темп повільний Вдих видих | |
| 22. | В. п. - Те ж, руки опущені, очі заплющені, пальці правої руки стиснуті в кулак, вказівний палець витягнуть. Зігнути праву руку в лікті і кінчиком вказівного пальця торкнутися кінчика носа, потім те ж виконати почергово середнім, безіменним пальцем і мізинцем (інші пальці під час торкання стиснуті). Те ж лівою рукою. | 3 р | | Темп повільний Дихання довільне | |
| 23. | В. п. - Те ж, тулуб нахилений вперед, руки розслаблені, підборіддя підняте вгору. Розслабленими руками виконувати скрестно махові рухи перед грудьми, спочатку права перед лівою, потім навпаки. | 6-10р. | | Темп повільний Дихання не затримувати | |
| 24. | В. п. - Те ж, в опущених руках палиця. 1.Підняти палицю вгору над головою 2.опустити. | 3-4р. | | Темп середній Спина рівна Вдих видих | |
| 25. | В. п. - Те ж. 1.Піднімаючи палицю перед грудьми на рівні плечей, присісти 2.повернутися в в. п. | 6-8р. | | Темп середній Спина рівна Дихання довільне | |
| 26. | В. п. - Те ж, руки з палицею витягнуті вперед. 1.Дістати палицю правим зігнутим коліном, 2.повернутися в і. п. 3-4 Те ж лівою ногою. Повторити 4-6 разів. Темп повільний. Дихання вільне. | 6-8 р | | Темп середній Дихання довільне | |
| 27. | В. п. - Те ж, руками взятися за кінці палиці. 1.Згинаючи праву руку в лікті, підняти палицю вертикально правим кінцем вгору - вдих, 2.повернутися в і. п. - видих. 3-4Те ж, згинаючи ліву руку.. | 3-4р в кожну сторону | | Темп повільний Вдих видих | |
| 28. | В. п. - Те ж, палиця в опущених руках. Кругові рухи палицею перед грудьми з максимальною амплітудою. | 8-10р. кожною ногою | | Темп середній Дихання вільне | |
| 29. | В. п. - Те ж, руки з палицею перед грудьми. Одночасно повернути тулуб і руки з палицею направо, а голову наліво і навпаки. | 6-8р. у кожну сторону | | темп середній дихання довільне | |
| 30. | В. п. - Те ж. Руки з палицею за спиною на рівні попереку. 1.Спираючись на палицю, прогнутися назад 2.нахилити тулуб вперед, тримаючи підборіддя догори і піднімаючи палицю вгору-назад | 3-4р | | Темп повільний Вдих видих | |
| Пульсометрія | | | | | |
| Заключна частина | | | | | |
| 31. | Біг підтюпцем (0,5-2 хв) з переходом на звичайну ходьбу (0,5-1 хв). | 3хв | | Темп повільний Дихання вільне | |
| 32 | В.п. - Стоячи, руки опущені. 1.Підняти руки вгоруі, струшуючи ними, 2. опустити. | 3-4 р. | | Темп повільний Вдих Продовжений видих | |
| 33 | В. п. - Стоячи, спираючись руками на спинку стільця. По черзі потряхивать 3 рази правою ногою, потім лівою. | 2 р | | Темп повідьний Дихання довільне | |
| Пульсометрія, вимірювання АТ | | | | | |

. Ходьба(Дистанція ходьби збільшується послідовно в межах від 4 до 8 км, темп становить 4 км / год. Дозований біг на відстань 1 - 2 км зі швидкістю 5 км / год. Влітку рекомендуються прогулянки на велосипеді, взимку-на лижах.)

. Масаж

План масажу: вплив на паравертебральні зони шийних і верхнеегрудних спинномозкових сегментів (C VII -C II і D V - D I ). Масаж голови і коміркової зони. Положення хворого: сидячи, з опорою голови на руки про валик або подушку.

Методика: Масаж паравертебральних зон від нижележащих до вищерозміщених сегментах (від D V до D I і від C VII до C II ): глибоке погладжування, розтирання, розминка. Масаж трапецієвидних м'язів, площинне і обхвачує погладжування; розтирання напівкружними, ніжне штрихование; розминка - подовжнє, поперечне, зрушення, поперечне розминання верхнеключічних країв трапецієвидних м'язів. Масаж лобової і волосистої поверхні голови: граблеобразное погладжування і розтирання в колоподібними напрямках; сдвигание і розтягнення шкіри голови в сагітальній і фронтальному напрямках. Площинне і обхвачує погладжування потиличної області і області задньої поверхні шиї. Площинне і щипцеобразноє погладжування грудинно-ключично-соскоподібного м'язів, колоподібне розтирання, щипцеобразноє розминка. Процедуру закінчують широкими погладжуючими штрихами голови і коміркової зони. Час процедури 10-15 хвилин. Курс лікування 12-20 процедур, через день або щодня[27]

.Загальні гігієнічні фактори ( режим праці та відпочинку)

. Механотерапія

. комплексна дія: фітотерапія фізіотерапія, дієтотерапія, гірудотерапія.

Гірудототерапія

Одна п'явка за сеанс випиває до 5-10 мілілітрів крові, а оскільки їх використовують у великих кількостях, то і ефект помітніше.

Існує кілька варіантів постановки п'явок. Їх висаджують на наступні області:

За вуха (на відстані не менше 1 сантиметра від вушних раковин),

На поперек і навколо крижово-куприкової зони,

Уздовж надплечій,

Над сьомим шийним хребцем.

Тривалість курсу і кількість п'явок залежить від характеру гіпертонії. Гострі стадії вимагають щоденних сеансів з використанням до 10 черв'яків. Коли стан стабілізується, скорочують кількість п'явок і частоту сеансів (до 2 разів на тиждень). Звичайно потрібно не більше 12 процедур, після яких слідує перерва. Після закінчення 2-х місячної паузи курс потрібно повторити.

Тривалість повітряних процедур збільшується до 2 год, а купання та плавання до 1 год.

ВИСНОВКИ

Під гіпертонічною хворобою (ГБ) прийнято розуміти хронічно протікаюче захворювання, основним проявом якого є синдром артеріальної гіпертензії, не пов'язаний з наявністю патологічних роцесів, при яких підвищення артеріального тиску обумовлене відомими причинами, що у багатьох випадках усуваються Визначено,що основними факторами,які впливають на розвиток АТ є спадковiсть; ожирiння та метаболiчний синдром; вживання надлишку кухонної солi;психоемоцiйнi перевантаження; пiдвищена активнiсть симпатоадреналової системи;іншi фактори ризику.

. Лікування артеріальної гіпертензії проводиться шляхом медикаментозної та не медикаментозної терапії. До немедакементозної терапії належать: зменшити масу тіла, відмовитись від шкідливих звичок, підвищити аеробну фізичну активність, правильне харчування, уникання стресових ситуацій.

.Лікування АТ комплексне, невід’ємною частиною якого є лікувальна фізична культура, яка призначається як на стаціонарному, так і на поліклінічному і санаторному етапі реабілітації по відповідних рухових режимах. При хронічному перебігу захворювання на поліклінічному етапі лікування застосовуються: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, лікувальне плавання, дозована ходьба, прогулянки, теренкур, малий туризм. Заняття направлені на формування стійких компенсацій.

.В умовах поліклінік для лікування хворих на артеріальну гіпертонію використовують три види періодів - підготовчий,основний та підтримуючий. Підготовчий період передбачає такі особливості: в заняття включаються вправи на розслаблення, рівновагу, координацію рухів. Тривалість заняття - 20 - 25 хвилин. На основному: амплітуда рухів максимально можлива. У заняття включаються нахили і повороти тулуба, голови, вправи на координацію рухів, загальнорозвиваючі дихальні вправи. На підримуючому періоді - застосовуються різні вихідні положення, амплітуда рухів максимальна, темп середній.Широко використовуються вправи на координацію рухів, рівновагу, тренування вестибулярного апарату, дихальні вправи. Застосовуються окремі елементи спортивних ігор: кидки, передачі м'яча, гра через сітку.

. Лікувальний масаж, фізіотерапія, дієтотерапія є обов’язковою ланкою фізичної реабілітації при лікуванні хворих на АТ. Комплексність відновного лікування забезпечує різноманітність дії на різні механізми регуляції функцій систем організму і дозволяє добитися як найкращого лікувального ефекту. При АТ призначається лікувальний масаж голови, шиї і комірцевої зони. Також застосовують сегментарно-рефлекторний та точковий масаж. Із фізіотерапевтичних методів застосовуються: електросон, сірководневі, йодо-бромні та радонові ванни. Ультрафіолетове опромінення Ефективним рефлексогенним методом є застосування парафінових, озокеритних аплікацій у вигляді рукавичок або шкарпеток на верхні чи нижні кінцівки. Нетрадиційними методами лікування АТ є: заняття йогою та тай чи, пілатесом.Також заняття танцями,їзда на велосипеді,аеробіка,плавання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

Беркінбаев С.Ф. Гіпертонічна хвороба: Етіологія,патогенез,класифікація,клінічний перебіг,діагностика і лікування/C.Ф.Беркінбаєв - Актобе,2000 - ст. 31 -45

Бильченко А.В. Лечение артериальной гипертензии у женщин/ А.В. Бильченко// Здоров’я України .- 2012. - Темат. номер ″Кардіологія. Ревматологія. Кардіохірургія″. - № 3-4. - С. 30-31.

Гінзбург М.М. Гіпертонічна хвороба. Профілактика і лікування./ М. М. Гінзбург, Н. Н. Крюків В: Медпрактика, 2002 p. 688 с.

Горбась І.М. Епідеміологія основних факторів ризику серцево-судинних захворювань // Артериальная гипертензия. - 2008. - № 2 (2). - С. 13-18.

Горбась І.М. Оцінка ефективності «Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні» за даними епідеміологічних досліджень/І.М.Горбась,О.О.Смирнова,І.П.Кваша,А.П.Дорогой// Артериальная гипертензия. - 2010. - № 6(14). - С. 51-67.

Дорогой А.П. Термін виконання «Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні» закінчився, проблеми залишилися. Що далі?/А.П.Дорогой // Артериальная гипертензия. - 2011. - № 3(17). - С. 29-36.

Егоров И.В. Артериальная гипертензия: эволюция подходов к лечению/ И.В. Егоров// Здоров’я України . - 2012. - Темат. номер ″Кардіологія. Ревматологія. Кардіохірургія″. - № 1.- С. 67-68.

Епифанов В.А. Лечебная физкультура и врачебный контроль: Учебн. пособие /В.А.Епифаноф- М.Медицина, 2006. - 368 с.

Жолондз М.Я. Новый вигляд на гипертонию: причины и лечение/М.Я.Жолондз -М.: Питер, 2011.-с.192

Клапчук В.В. Лікувальна фізична культура та спортивна медицина / В.В. Клапчук, Г.В. Дзяк, І.В. Муравов. та ін.. - К.: Здоров'я, 1995. - 312 с.

Коваленко В.М. Реалізація Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні/Ю.М.Сіренко,А.П.Дорогой//Український кардіологічний журнал. - 2010. - Додаток 1. - С. 3-12

Корж А.Н. Проблема приверженности в профилактике и лечении артериальной гипертензии/ А.Н. Корж// Новости медицины и фармации. - 2012. - № 19. - С. 3-4.

Кривенко В.І. Якість життя хворих на гіпертонічну хворобу: тендерний аспект/ В.І. Кривенко, І.С. Качан// Укр. терапевт. журн. - 2012.- № 2.- С. 61-66.

Круглов В. Диагноз: артериальная гипертония. В.Круглов - Ростов - на -Дону, 2010. - с. 221.

Кузько Н.В. Диагностика, лечение и профилактика гипертонической болезни на врачебном участке/ Н.В. Кузько, Ю.Н. Кузько, И.Н. Кузько. - К., Здоров’я, 2004. - 410с

Милюкова И.В. Лечебная физкультура: Новейший справоч. /И.В. Милюкова,Под общ. ред. проф. Т.А. Евдокимовой. - СПб.: Сова; М.: Зксмо, 2003. - 862 с.

Мищенко Л.А. Комбинированная антигипертензивная терапия - оптимальный поход к лечению больных гипертонической болезнью/ Л.А. Мищенко// Здоров’я України .- 2012. - Темат. номер ″Кардіологія. Ревматологія. Кардіохірургія″. - № 5.- С. 67.

Мороз Г. Як ефективно лікувати артеріальну гіпертензію та запобігти її ускладненням/ Г. Мороз, І Гідзичська// Здоров’я і довголіття. - 2013.- 19-25 берез.(№ 11). - С. 4-5.

Мухін В.М. Фізична реабілітація/В.М. Мухін. - К.: Олімпійська література, -2005.- 578 с.

Основи фізичної реабілітації: навч. Посібник. - Кіровоград: РВВКДШ ім..В. Винниченка, 2004. - 238 с.

Проект робочих груп Асоціації кардіологів України з невідкладної кардіології та артеріальної гіпертензії. Гіпертензивні кризи // Артериальная гипертен-зия. - 2011. - № 3. - С. 64-95.

Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. - К, 2004. - 85 с.

Свищенко Е.П. Гипертоническая болезнь. Вторичные гипертензии/ Е.П. Свищенко, В.П. Коваленко. - К.: Либідь, 2002.- 494с.

Свіщенко Є.П. Виявлення та лікування артеріальної гіпертензії в Україні: реальність та перспективи / Є.П. Свіщенко// Український кардіологічний журнал. - 2010. - Додаток 1. - С. 13-15

Сіренко Ю.М. Виконання Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні (1999-2007 роки)/ Ю.М. Сіренко // Артериальная гипертензия. - 2008. - № 2 (2). - С. 83-88

Строева B.C. Немедикаментозньїе методы восстановительного лечения в поетапной медицинской реабилитации больных артериальной гипертонией / B.C.Строева, М.Е.Солодянкина // Организация медицинской помощи ветеранам войн: межрегион. сб. науч. ст. / под ред. С.Н. Тепловой, Д.А. Альтмана. - Челябинск, 2006. - Т. 3. - с. 57-59.

Фокин В.Н. Краткий курс массажа./В.Н. Фокин -М.: Гранд,Москва 2004.- С.15-20.

.Физическая реабилитация: Учебник для студентов высших учебных заведений/ Под общей ред. проф. С.Н.Попова. - Ростов н/Д: Изд-во «Феникс», 2005. - с.23-56.

.Юрьев К.Л. К вопросу о преимуществах комбинированной терапии при артериальноц гипертензии. /К.Л. Юрьев // Укр. мед. часопис. - 2007. - № 1-2. - С. 50-56.

ADVANCE Collaboration // Lancet. - 2007. - 370. - 829-840.A., Orsini N., Larsson S.C., Wolk A. Blood 25-hydroxyvitamin D concentration and hypertension: a meta-analysis // J. Hypertens. - 2011. - 29. - 636.S., Di Castelnuovo A., Donati M.B. et al. Alcohol consumption and mortality in patients with cardiovascular disease: a meta-analysis // J. Am. Coll. Cardiol. - 2010. - 55. - 1339.Donaire J.A. et al. A review of renal, cardiovascular and mortality endpoints in antihypertensive trials in diabetic patients // Blood Pressure. - 2011. - 20. - 322-334.G. Devine The Programme of Action for high blood pressure 2009 ст 62 -117Clinical Guideline Center. Hypertension in pregnancy. The management of hypertensive disorders during pregnancy. National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE clinical guideline 107, 2010

.National Clinical Guideline Center. Hypertension. The clinical management of primary hypertension in adults. National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical guideline 127: Methods, evidence, and recommendations, 2011.

.Noordzij M., Uiterwaal C.S., Arends L.R., et al. Blood pressure response to chronic intake of coffee and caffeine: a meta-analysis of randomized controlled trials // J. Hypertens. - 2005. - 23. - 921.Hypertension: Diagnosis, Evaluation, and Treatment. A Scientific Statement From the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research // Hypertension. - 2008. - 51. - 1403-1419.

.Sowerby Centre for Health Informatics at Newcastle. Hypertension in people who do not have diabetes mellitus, 2010.

.The ACCORD Study Group // N. Engl. J. Med. - 2010. - 362. - 1575-1585.Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. US department of Health and Human Service. NIH publication No 04-5230. August 2004.