



4. Вроджені вади розвитку центральної нервової системи – нагальна медико-соціологічна проблема державного значення // Укр. мед. Часопис. – 2010. № 6. – с. 35–37.

5. Эрготерапия (Occupational Therapy) – новая профессия в сфере реабилитации для Украины – [електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.ua.ua.info/mamforum\\_arch/theme/516316.html](http://www.ua.ua.info/mamforum_arch/theme/516316.html).

6. Кукса Н. В. Працетерапія як засіб відновлення функцій рук у дітей із церебральним паралічем / Корекційна та соціальна педагогіка і психологія. 2013. № 23. – С. 148–158.

7. Таран І.В. Ерготерапія, як сучасний напрямок фізичної реабілітації хворих із травмами й захворюваннями нервової системи / І.В.Таран, Ю.Валюшко // Теоретичні та методичні проблеми фізичної реабілітації : матеріали VI Всеукр. наук.- метод. конф. – Херсон, 2016. – С. 292–298.

Стаття надійшла до редакції 20.11.2018 р.

**Grinishak D.O.  
Kuksa N.V.**

**Гринішак Д.О.  
Кукса Н.В.**

## **COMPLEX REHABILITATION OF PERSONS AFTER HYPERTENSIVE CRISIS**

*The article presents the research results of the effectiveness of a physical rehabilitation' comprehensive program of individuals after an uncomplicated hypertensive crisis.*

**Keywords:** *rehabilitation, hypertensive crisis, arterial hypertension, physical rehabilitation program, research results.*

### **КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ ПІСЛЯ ГІПЕРТЕНЗИВНОГО КРИЗУ**

*У статті представлено результати дослідження ефективності комплексної програми фізичної реабілітації осіб після неускладненого гіпертензивного кризу.*

**Ключові слова:** *реабілітація, гіпертензивний криз, артеріальна гіпертензія, програма фізичної реабілітації, результати дослідження.*

**Постановка проблеми.** Проблема гіпертензивних кризів (ГК) залишається на сьогодні актуальною, зважаючи на тяжкі наслідки та ускладнення цієї патології. Загрозливими ускладненнями ГК є гіпертонічна енцефалопатія, гостре порушення мозкового кровообігу, гостра ниркова недостатність, інфаркт міокарду, гостра декомпенсована серцева недостатність, розшарування аневризми аорти [1].

ГК характеризується раптовим значним підвищенням АТ від нормального або підвищеного рівня, яке майже завжди супроводжується появою чи посиленням розладів з боку органів мішеней або вегетативної нервової системи. Гіпертензивні кризи, як ускладнені, так і неускладнені, потребують надання невідкладної медичної допомоги для попередження або обмеження ураження органів-мішеней. Ускладнений ГК є станом, який безпосередньо загрожує життю хворого. За відсутності лікування смертність пацієнтів з ускладненим ГК сягає 70–80 % протягом першого року після кризу [2]. Водночас адекватний контроль артеріального тиску (АТ) дозволяє знизити цей показник до 10 % [2].



Різні аспекти профілактики ГК, а також терапії і реабілітації пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ), які перенесли ГК, висвітлено в наукових працях А.Є. Багрій, В.В. Бояринцева, Л.М. Єни, В.А. Жукова, В.М. Коваленко, С.М. Ковалюк, С.Н. Левченко, О.М. Пархоменко, Є.П. Свіщенко, І.П. Смірної, В.В. Терещенко та ін. Науковці зазначають, що важливого значення в контексті вторинної профілактики ГК набувають реабілітаційні заходи, спрямовані на нормалізацію АТ та захист органів-мішеней, а також модифікація способу життя людини, що включає відмову від шкідливих звичок, дієтотерапію, зниження надлишкової маси тіла, оптимальний рівень рухової активності, уникнення стресорних факторів.

**Мета статті** – висвітлити результати дослідження ефективності комплексної програми реабілітації осіб після неускладненого гіпертензивного кризу.

**Об'єкт дослідження:** реабілітація осіб після гіпертензивного кризу.

**Предмет дослідження:** програмне забезпечення комплексної реабілітації осіб після неускладненого гіпертензивного кризу.

**Методи дослідження:** збір анамнезу, опитування, бесіда, функціональне обстеження: тонометрія, пульсометрія, ортостатична проба.

**Викладення основного матеріалу.** Обстежено 14 пацієнтів з АГ I–II стадії після неускладненого гіпертонічного кризу (2-3 місяці після кризу), яких було розподілено на групи – основну і порівняльну. З урахуванням результатів попереднього обстеження розроблено комплексну програму фізичної реабілітації, що передбачала реалізацію таких засобів: лікувальний масаж, лікувальна гімнастика, вправи цигун, а також психокорекція (аутогенне тренування).

Масаж проводився щоденно, тривалість масажу становила 15–20 хв., у випадку додаткового масажування дистальних відділів кінцівок – 20–30 хв. Застосовувалася релаксаційна техніка лікувального масажу за схемою: масаж верхньої частини спини – підлопаткової (пов'язана з нирками) і міжлопаткової (пов'язана з дихальною системою) областей, масаж шиї (комірцева зона), волосистої частини голови, обличчя; масаж передньої поверхні грудної клітки; знову масаж волосистої частини голови і шиї, міжлопаткової області; додатково проводився масаж дистальних відділів нижніх і верхніх кінцівок. Основні прийоми масажу включали: безперервне поглажування, розтирання, легкі неглибокі розминання, безперервну вібрацію. Не застосовувалися ударні прийоми (постукування, рублення, поплескування тощо) та глибоке розминання.

Лікувальна гімнастика проводилася в три режими рухової активності: щадний (10-14 днів); щадно-тренувальний (2 тижні); тренувальний (4 тижні). Комплекси вправ включали: загальнорозвивальні вправи, дихальні вправи та спеціальні вправи (на релаксацію м'язів, на координацію рухів і баланс з елементами вестибулярного тренування). Не використовувалися вправи: пов'язані з тривалою затримкою дихання і напруженням (можуть викликати підвищення АТ), з різкими нахилами і швидкими підйомами тулуба та поворотами голови (можуть спричинити порушення мозкового кровообігу). З огляду на те, що під час виконання фізичних вправ за участю м'язів верхніх кінцівок АТ підвищується значно вище порівняно з вправами для м'язів нижніх, вправи для м'язів рук вводилися обережно, переважно для дистальних відділів, і в меншій кількості.

Лікувальна гімнастика інтегрувалася з техніками цигун, які включали самомасаж кистей і пальців рук, статичні пози і динамічні вправи з ідеомоторним компонентом, динамічні дихальні техніки, релаксаційні вправи.



Наприкінці заняття ЛГ проводилося аутогенне тренування, яке передбачало вербальне самонавіювання шляхом багаторазового повторювання спеціальних оптимістично-мобілізуєчих формул навіювання, спрямованих на усунення психофізичного напруження. Також пацієнтів навчали дихальним вправам для зняття психоемоційного напруження, що передбачали чергування фаз дихання через ніс і рот за схемою (автор Р. Деметер):

- вдих носом – видих носом;
- вдих носом – видих ротом;
- вдих ротом – видих ротом;
- вдих ротом – видих носом.

Окрім зазначеного, усім пацієнтам було надано індивідуальні рекомендації щодо модифікації/корекції способу життя відповідно до інформації, одержаної в процесі попереднього опитування та бесіди.

Аналіз й узагальнення результатів дослідження ефективності розробленої програми фізичної реабілітації хворих з АГ I–II стадії після неускладненого гіпертонічного кризу дозволили констатувати більш позитивну динаміку показників психоемоційного стану та функціонального стану ССС у хворих основної групи (ОГ).

Результати показників суб'єктивних клінічних симптомів (скарг хворих) засвідчили їх відсутність у хворих ОГ після реалізації розробленої програми (таблиця 1). До експерименту лише в одного хворого ОГ не виявлено жодних скарг на стан загального самопочуття, пов'язаний із захворюванням. Тоді як більшість хворих скаржились на головний біль (5 осіб), порушення сну (5), дратівливість (7), підвищену втому (3) та серцебиття (3). У групі порівняння (ГП) після експерименту кількість хворих із скаргами становила 50%, що менше на 25% порівняно з вихідним рівнем (було 25%). При цьому найменш позитивно в хворих ГП відбулося усунення таких симптомів як підвищена дратівливість і порушення сну. Отже комплементація основних засобів фізичної реабілітації зі спеціальними релаксаційними техніками (цигун, аутогенне тренування) дозволило більш ефективно реалізувати реабілітаційний потенціал пацієнтів, яких було включено в ОГ.

Таблиця 1

**Динаміка показників суб'єктивних клінічних симптомів у хворих з АГ I–II стадії після неускладненого гіпертонічного кризу**

Показник	ОГ				ГП			
	До		Після		До		Після	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Головний біль	5	2,5	0	0	4	50	2	5
Запаморочення	1	2,5	0	0	1	12,5	0	0
Біль у серці	1	2,5	0	0	1	2,5	1	2,5
Серцебиття	3	7,5	0	0	3	7,5	1	2,5
Порушення сну	5	2,5	0	0	6	5	3	7,5
Дратівливість	7	7,5	0	0	5	2,5	4	0
Підвищена втома	4	0	0	0	5	2,5	2	5
Відсутність симптомів	1	12,5	8	100	2	25	4	50



За даними, представленими в таблиці 2, виявлено, що по закінченню курсу реабілітації за розробленою програмою в хворих ОГ показники АТ фактично наблизилися до норми. У хворих ГП показники САД і ДАТ на прикінцевому зрізі експерименту коливалися в межах 140/30 – 150/35 мм рт. ст., що свідчить про прикордонну АГ.

Таблиця 2

**Динаміка показників серцево-судинної системи хворих з АГ I–II стадії після неускладненого гіпертонічного кризу**

Показник	ОГ		ГП		Різниця (до і після реабілітації), %	
	до	після	до	після	ОГ	ГП
САТ, мм рт.ст	168 ± 0,3	137 ± 0,4	165 ± 0,2	145 ± 0,3	31 (19,1%)	20 (12,1%)
ДАТ, мм рт.ст	97 ± 0,2	83 ± 0,2	96 ± 0,3	85 ± 0,25	14 (14,3%)	11 (11,5%)
ЧСС, уд/хв	86 ± 0,35	75 ± 0,6	83 ± 0,3	78 ± 0,45	11 (12,7%)	5 (6,0%)

Значне покращення показників функціонального стану ССС на зміну положення тіла під час повторного проведення ортостатичної проби відзначено в хворих ОГ. У хворих ГП констатовано лише тенденцію до зниження гіпертонічної реакції на зміну положення тіла з горизонтального у вертикальне.

До експерименту у всіх хворих виявлено гіпертонічний тип реакції на ортостаз, що характеризувалося значним підвищенням ЧСС і САТ та незначним підвищенням або незмінним ДАТ. Такий тип реакції відображає гіперадаптацію до гравітаційного стресу та обумовлений недостатньою корекцією з боку ЦНС інтенсивності первинних симпатико-тонічних реакцій на ортостатику.

Результати різниці між показниками ССС у горизонтальному та вертикальному положеннях після експерименту в хворих ОГ склали: САТ – 8 мм. рт. ст. (до експерименту – 23), ЧСС – 10 уд/хв. (до експерименту – 26). У ГП ці показники становили відповідно 15 мм. рт. ст. (до експерименту – 24) і 21 уд./хв. (до експерименту – 24). У нормі різниця між ЧСС в горизонтальному і вертикальному положеннях не перевищує 11 уд./хв. (в ОГ – 10 уд./хв.), а АТ коливається в межах 10 мм рт. ст. (в ОГ – показники САТ і ДАТ підвищувалися відповідно на 7 і 5 мм рт. ст.).

Таким чином, результати експериментального дослідження підтвердили ефективність розробленої комплексної програми фізичної реабілітації осіб після неускладненого гіпертензивного кризу.

**Перспективу подальших досліджень** вбачаємо в пошуку нових підходів до фізичної терапії осіб після ускладненого гіпертензивного кризу.

**Література**

1. Алгоритмы ведения пациента с гипертоническим кризом. Санкт-Петербург, 2015. Издание первое. 32 с.
2. Пархоменко О.М та ін. Гіпертензивні кризи: діагностика і лікування. Консенсус Асоціації кардіологів України та Української асоціації боротьби з інсультом // Український кардіологічний журнал. 1/2012. С. 82-113.

Стаття надійшла до редакції 28.11.2018 р.