

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ: ТОМ 25, ВИПУСК 2 (90), 2025

ВІСНИК Української медичної стоматологічної академії

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Заснований в 2001 році

Виходить 4 рази на рік

Зміст

КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

<i>Afandiyeva Gunel Mustafa kizi</i> CLINICAL AND LABORATORY FEATURES IN PATIENTS WITH PARANEUMOPHILIA	4
<i>Боскіна М.Г.</i> ОЦІНКА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕНЬ КОЛІННОГО СУГЛОБА У ПАЦІЄНТІВ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	9
<i>Боровик К.М.</i> ВПЛИВ СТАНДАРТНОЇ ТЕРАПІЇ НА КЛІНІЧНІ ПОКАЗНИКИ, ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ІШЕМІЧНОГО ПОХОДЖЕННЯ ТА СУПУТНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА ОЖИРІННЯМ	19
<i>Васильєва Н.В., Карвацька Н.С.</i> КЛІНІКО-НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РУХОВОГО ДЕФІЦИТУ ТА КОРЕКЦІЯ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ МОЗКОВИЙ ІШЕМІЧНИЙ ПІВКУЛЬОВИЙ ІНСУЛЬТ	25
<i>Войтович М.М., Дудченко М.О., Кравціє М.І.</i> ВПЛИВ ТРИВАЛОГО ВИКОРИСТАННЯ РЕТРАКТОРА НА ВИНИКНЕННЯ РАНЬОЇ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ІШЕМІЇ М'ЯКИХ ТКАНИН СТЕРНОТОМНОЇ РАНИ ТА МЕТОДИ ЇЇ ПРОФІЛАКТИКИ	30
<i>Герасименко Л.О., Золочевський І.О.</i> АУТОАГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ ПІД ЧАС РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ	35
<i>Дутчук О.В., Кочерга З.Р.</i> ПЕРЕБІГ ГОСТРОЇ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ НА ФОНІ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ	38
<i>Драбовська І.А., Маслова Г.С.</i> ХАРАКТЕР ПОРУШЕНЬ БІОХІМІЧНИХ ПЕЧІНКОВИХ ТЕСТІВ У ПАЦІЄНТІВ З ПРОГРЕСІЄЮ В-КЛІТИННОЇ ХРОНІЧНОЇ ЛІМФОЦИТАРНОЇ ЛЕЙКЕМІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА	43
<i>Журба О.О.¹, Руденко А.В.², Гінгуляк О.М.³</i> ОСОБЛИВОСТІ КОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ ТА ПОВНОТИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ У ЖІНОК РІЗНОГО ВІКУ	48
<i>Lytvynenko V.V.¹, Sid' E.V.²</i> INTERRELATIONSHIPS BETWEEN RENIN-ANGIOTENSIN-ALDOSTERONE SYSTEM INDICATORS AND ENDOTHELIAL DYSFUNCTION MARKERS IN PATIENTS WITH HYPERTENSION AND PAROXYSMAL ATRIAL FIBRILLATION	55
<i>Mirzazade Valeh Agasafa oglu, Aliyeva Aygun Zalimkhan kizi, Sultanova Sadagat Sabir kizi, Guseynova Nargiz Nusrat kizi</i> ESTIMATED HBA1C AND FASTING GLUCOSE INDICES FOR DIABETES AND PREDIABETES SCREENING QUESTIONNAIRE EVALUATION	60
<i>Mirzazade Valeh Agasafa oglu, Ismayilova Sevil Mashadi kizi, Sultanova Sadagat Sabir kizi, Ismayilova Natavan Ramiz kizi</i> CUT-OFF POINT FOR FASTING GLUCOSE IN DIAGNOSING PREDIABETES	65
<i>Марченко О.Г.</i> ЗРОСТАННЯ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙ, ПОВ'ЯЗАНИХ З НАДАННЯМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ТЛІ ПАНДЕМІЇ COVID-19	69
<i>Нікітін О.Д., Сич В.І.</i> КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО АБАКТЕРІАЛЬНОГО ПРОСТАТИТУ/СИНДРОМУ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОЇ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ	74

Стаднік Є.О., Маслоєва Г.С.	81
ОЦІНКА МІНІМАЛЬНОЇ ПЕЧІНКОВОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ У ХВОРИХ НА МНОЖИННУ МІЄЛОМУ	

СТОМАТОЛОГІЯ

Аветіков Г.Д., Пляк О.А., Іваницька О.С.	86
ОСОБЛИВОСТІ ПОБУДОВИ ОБ'ЄМНО-СКІНЧЕНОЇ ЕЛЕМЕНТНОЇ МОДЕЛІ ФРАГМЕНТУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ В ДІЛЯНЦІ МОЛЯРІВ ДЛЯ ДОСЛІДЖЕННЯ НАПРУЖЕНО-ДЕФОРМОВАНОГО СТАНУ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА	
Альбаєв Ахмед, Кірічек О.В.	91
ДОСЛІДЖЕННЯ ЕКСПЛУАТАЦІЙНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ СКЛОКОМПОЗИЦІЙНИХ ПОКРИТТІВ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТІВ	
Борченко Н. А., Передеревса Л. Ю.	95
РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ОЦІНКА РОЗТАШУВАННЯ КОРЕНІВ МОЛЯРІВ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ВІДНОСНО ДНА ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСУ У ДОРОСЛИХ ПАЦІЄНТІВ	
Кіптілий А. В., Стебловський Д.В., Личман В.О., Аветіков Д.С.	100
ЯКІСНИЙ ТА КІЛЬКІСНИЙ СКЛАД МІКРОБІОТИ ФЛЕГМОН ОДОНТОГЕННОЇ ЕТІОЛОГІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ	
Куліш С.А.	106
ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ФІЗИКО-МЕХАНІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ НОВОЇ БЕЗАКРИЛОВОЇ ПЛАСТМАСИ ДЛЯ БАЗИСІВ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ	
Лабуш Ю. З.	112
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО СТОМАТИТУ В ХВОРИХ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ	
Годованець О.І., Вітковський О.О., Митченко М.П., Кіцак Т.С.	116
КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ПЕРІОСТИТУ У ДІТЕЙ ІЗ СУПУТНИМ ДИФУЗНИМ НЕТОКСИЧНИМ ЗОБОМ	
Янішен І.В., Кричка Н.В., Федотова О.Л., Куліш С.А., Сідорова О.В.	122
РЕКОНСТРУКТИВНЕ ОРТОПЕДИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПОВНИМИ ЗНІМНИМИ ПЛАСТИНКОВИМИ ПРОТЕЗАМИ	

ТЕРАПІЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Латогуз С.І., Марковська О.В., Каук О.І., Білецька О.М., Федоренко Н.О.	128
ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ГІПОТОНІЧНУ ХВОРОБУ	

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА БІОЛОГІЯ

Акімов О.Є., Микитенко А.О., Міщенко А.В., Костенко В.О.	136
ПІКОЛІНАТ ХРОМУ ПЕРЕШКОДЖАЄ ОКСИДАТИВНОМУ УШКОДЖЕННЮ КАРДІОМІОЦИТІВ ЗА УМОВ МОДЕЛЮВАННЯ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ	
Адамович І.М., Костенко В.О.	141
СИСТЕМНА ЗАПАЛЬНА ВІДПОВІДЬ І ДИСРЕГУЛЯЦІЯ ВУГЛЕВОДНОГО МЕТАБОЛІЗМУ ПІСЛЯ МОДЕЛЮВАННЯ ЛЕГКОЇ ПОВТОРЮВАНОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ У ЩУРІВ	
Варес Я.Я., Варес Я.Е.	148
КРИЛОПОДІБНО-ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНЕ З'ЄДНАННЯ – ЯК ЦІЛЬОВИЙ ПУНКТ У ДЕНТАЛЬНІЙ ІМПЛАНТАЦІЇ. ОСОБЛИВОСТІ АНАТОМІЧНОЇ БУДОВИ	
Войтович О. М.¹, Войтович О. В.²	152
ХАРАКТЕРИСТИКА ФЕНОТИПІВ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ СТАФІЛОКОКУ ЗОЛОТИСТОГО	
Ганчо О.В.¹, Бублій Т. Д.¹, Мошель Т.М.¹, Федорченко В.І.¹, Большакова Г.М.²	155
МІКРОБІОЛОГІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ВИБОРУ АНТИСЕПТИКІВ ПРИ ЛІКУВАННІ АУТОІНФЕКЦІЙНИХ СТОМАТИТІВ	
Рябушко Р.М., Костенко В.О.	160
ПОКАЗНИКИ ПЕРОКСИДНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ ТА АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ В ТКАНИНАХ ПЕЧІНКИ ЩУРІВ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ТРАВМИ ТА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ	
Сербін С.І.¹, Дубина С.О.¹, Бондаренко С.В.¹, Тихонова О.О.², Тарасенко Я.А.², Коптев М.М.², Данильченко С.І.³	164
МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПЕРЕГОРОДКИ ТА НИЖНЬОЇ СТІНКИ ЛОБОВОЇ ПАЗУХИ ЛЮДИНИ У НОРМІ	
Сорокіна І.В., Калужина О.В., Плітень О.М., Марковський В.Д.	170
ОСОБЛИВОСТІ ІНТЕРСТИЦІАЛЬНОГО КОМПОНЕНТУ МІОКАРДУ ШЛУНОЧКІВ СЕРЦЯ ПЛОДІВ ТА НОВОНАРОДЖЕНИХ ЩУРЯТ, ВИНОШЕНИХ ПРИ ФІЗІОЛОГІЧНІЙ ВАГІТНОСТІ	
Шараєвара Л.П.¹, Тертишний С.І.¹, Дмитруха Н.М.²	175
ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ ЩУРІВ ЗА УМОВИ ВПЛИВУ ЗАВИСЛИХ УЛЬТРАДИСПЕРСНИХ ЧАСТИНОК ПРОМИСЛОВОГО АЕРОЗОЛЮ	
Шаторна В. Ф., Ломига Л. Л.	180
МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ БУДОВИ СЕРЦЯ ВАГІТНИХ САМИЦЬ ЩУРІВ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ВВЕДЕННІ ХЛОРИДУ КАДМІЮ ІЗОЛЬОВАНО ТА У ПОЄДНАННІ З СУКЦИНАТАМИ МІДІ АБО ЦИНКУ	
Чабан В.О., Козлова Ю.В.	185
ПОВТОРЮВАНА ВИБУХО-ІНДУКОВАНА НЕЙРОТРАВМА: ДИНАМІКА ЗМІН РІВНЯ BDNF У ПЛАЗМІ КРОВІ ЩУРІВ	

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Корнійчук В.Й., Дудченко М.О., Ляховський В.І.	190
УСПІШНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТКИ З НОРИЦЕЮ МІЖ ЖОВЧНИМ МІХУРОМ І ЗАГАЛЬНОЮ ЖОВЧНОЮ ПРОТОКОЮ	

ТЕРАПІЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ

DOI 10.31718/2077–1096.25.2.128

УДК 615.851.83:615.82:616.12-008.331.1-053.85

Латогуз С.І., Марковська О.В., Каук О.І., Білецька О.М., Федоренко Н.О.

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ГІПОТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Вступ. Згідно з МКХ-10, гіпотонічна хвороба класифікується як захворювання системи кровообігу (розділ I00–I99). Артеріальна гіпотензія (код I95 за МКХ-10) визначається як зниження систолічного тиску нижче 100 мм.рт.ст. та діастолічного - нижче 60 мм.рт.ст. У середньовіковій групі артеріальна гіпотензія становить серйозну медико-соціальну проблему як у розвинених країнах, так і в тих, що розвиваються. Це пов'язано зі збільшенням тривалості життя та зростанням частоти серцево-судинних захворювань. Мета - покращити рівень життя пацієнтів середнього віку, які страждають на гіпотонічну хворобу, шляхом створення програми фізичної реабілітації на амбулаторному етапі. Об'єкт та методи. Проведено дослідження на базі відділення медичної реабілітації Університетської клініки Харківського національного медичного університету. Під час дослідження під спостереження перебували 10 пацієнтів різної статі, які страждали на гіпотонічну хворобу. Вік обстежуваних відповідав середньому та коливався від 40 до 60 років, із середнім показником $46 \pm 1,7$ року. Серед основних симптомів спостерігалися загальна слабкість, втома, нудота, головний біль, погіршення пам'яті та труднощі з концентрацією уваги. Рівень артеріального тиску у чоловіків був нижчим за 100/60 мм.рт.ст., а у жінок - нижчим за 95/60 мм.рт.ст. Результати дослідження та їх обговорення. Після проведеного анкетування хворих на гіпотонічну хворобу та аналізу стаціонарних карт пацієнтів нам стало зрозуміло, що дуже корисним є фізична реабілітація та масаж. Тішить, що медперсонал, який надає допомогу пацієнтам, виявив усі позитивні якості, що передбачалися для медиків, що багато в чому вплинуло на задоволене лікування в цілому. Таким чином, встановлено, що лікування гіпотонічної хвороби на поліклінічному етапі має бути не лише медикаментозним, а й з елементами лікувальної фізичної культури. Раціонально складена програма фізичної реабілітації здатна в більшості випадків не лише зменшити прояви симптомів, характерних для гіпотонії, а й сприяти подовженню тривалості життя пацієнтів. Висновки. Встановлено, що після проведення курсу фізичної реабілітації показники артеріального тиску зросли, що доводить ефективність лікувальної фізичної культури. Також у ході анкетування пацієнтів встановлено, що клінічні симптоми гіпотензії зменшилися після проведення курсу фізичної реабілітації.

Ключові слова: фізична реабілітація, гіпотонічна хвороба, лікувальна фізична культура, масаж, фізичні вправи.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Роботу виконано у рамках кафедральної теми «Мультимодальні методи терапії та реабілітації пацієнтів з ампутаціями кінцівок».

Вступ

Згідно з МКХ-10, гіпотонічна хвороба класифікується як захворювання системи кровообігу (розділ I00–I99). Артеріальна гіпотензія (код I95 за МКХ-10) визначається як зниження систолічного тиску нижче 100 мм.рт.ст. та діастолічного - нижче 60 мм.рт.ст [1].

У середньовіковій групі артеріальна гіпотензія становить серйозну медико-соціальну проблему як у розвинених країнах, так і в тих, що розвиваються. Це пов'язано зі збільшенням тривалості життя та зростанням частоти серцево-судинних захворювань [2, 3].

Попри свою актуальність, гіпотонічна хвороба досі залишається менш дослідженою порівняно з артеріальною гіпертензією [4].

Поглиблене вивчення цього захворювання є важливим, оскільки наявність гіпотензії може спричиняти розвиток таких патологій, як атеро-

склероз, ішемічна хвороба серця і мозку, артеріальна гіпертензія, а також викликати неврологічні порушення та ознаки судинної (гіпотонічної) енцефалопатії навіть у молодому працездатному віці [5].

Статистичні дані свідчать, що гіпотонічна хвороба вражає кожную третю або четверту людину у світі [6, 7]. Жінки страждають на знижений артеріальний тиск значно частіше, ніж чоловіки, у співвідношенні приблизно 3 до 1 [8, 9]. На сьогодні проблема артеріальної гіпотензії набуває все більшого значення через її високу поширеність серед осіб працездатного віку. Зокрема, до 20 років гіпотонія спостерігається у 16,6% жінок і 2,4% чоловіків; у віці 21–30 років - у 38,5% жінок і 14,5% чоловіків; 31–40 років - у 18,1% та 3,9%; а в групі 41–50 років - у 4,4% і 1,95% відповідно [20, 29].

За даними статистики, в Україні діагноз артеріальної гіпотензії встановлено приблизно у 2,5–

3 мільйонів осіб [10, 11]. При цьому понад 300 тисяч людей щороку помирають від ускладнень, пов'язаних із цим захворюванням [12].

Попри зростаючу зацікавленість до проблематики гіпотонічної хвороби, питання, пов'язані з методичними аспектами фізичної реабілітації, усе ще залишаються недостатньо дослідженими.

Таким чином, проблема гіпотонічної хвороби, недостатні відомості про етіологію, патогенез, методи фізичної реабілітації, а також серйозні ускладнення в результаті даної патології стали підставою для виконання роботи.

Мета дослідження

Покращити рівень життя пацієнтів середнього віку, які страждають на гіпотонічну хворобу, шляхом створення програми фізичної реабілітації на амбулаторному етапі.

Матеріали та методи дослідження

У дослідженні брали участь 10 пацієнтів різної статі, які мали діагноз гіпотонічної хвороби. Вік хворих відповідав середньому віковому діапазону - від 40 до 60 років, середній вік становив $46 \pm 1,7$ року. Обстеження та апробація методики проводились на базі відділення медичної реабілітації Університетської клініки Харківського національного медичного університету.

У клінічній картині хворих спостерігалися симптоми, характерні для артеріальної гіпотензії: загальна слабкість, втомлюваність, нудота, головний біль, погіршення пам'яті та порушення концентрації уваги. Артеріальний тиск у чоловіків був нижчим за 100/60 мм.рт.ст., а у жінок - нижчим за 95/60 мм.рт.ст.

На початку дослідження у пацієнта з гіпотонічною хворобою було досліджено такі показники

для виявлення супутньої патології: загальний аналіз крові; біохімічний аналіз крові (АсАТ, АлАТ, глюкоза, сечовина, білірубін, холестерин, тригліцериди, електроліти крові, кислотно-лужна рівновага); електрокардіограма; рентгенографія органів грудної клітки; ехокардіографічне дослідження; добове моніторування артеріального тиску. Також здійснювалася взаємодія пацієнтів даної категорії з медичним персоналом, та виконувались у строгому порядку медичні призначення, а саме: контроль за дотриманням фізичної реабілітації на поліклінічному етапі; контроль прийому пацієнтом лікарських засобів; контроль за дотриманням дієти та відмови від шкідливих звичок.

При позитивній клінічній динаміці захворювання комплекс лікувальної фізичної культури при гіпотонічній хворобі хворі починають виконувати у положенні сидячи, а потім стоячи. Для покращення кровообігу та з метою адаптації серцево-судинної системи до зростаючих фізичних навантажень слід поступово включати до комплексу лікувальної фізичної культури вправи для м'язів плечового поясу, тулуба, ніг, чергуючи їх з дихальними вправами.

Рекомендоване співвідношення дихальних і загальнозміцнювальних вправ – 2:1.

Загальна тривалість лікувальної фізичної культури при гіпотонічній хворобі зростає до 20-30 хвилин.

Вводяться також навантаження у вигляді вправ з гантелями, медицинболами, заняття на гімнастичній стінці і лавці. Вправи комплексу лікувальної фізичної культури при гіпотонічній хворобі доповнюються дозованою ходьбою, бігом та плаванням (табл.1).

Таблиця 1
Розроблена методика фізичної реабілітації

Номер вправи	Методика. Зміст вправи	Число повторень	Рекомендації
Період щадіння (адаптації) 8-12 днів			
1	В.п.: лежачи, руки вздовж тулуба. Спокійне дихання.	40-60	Темп середній. Спина пряма. 1 - вдих 2 - видих
2	В.п.: лежачи, руки вздовж тулуба. Супінація та пронація кистей; 1 - пронація 2 – супінація	6-8	Дихання довільне. Темп середній. Спина пряма.
3	В.п.: лежачи, руки вздовж тулуба. 1 - підняти руки вгору 2- прийняти вихідне положення	3-4	Дихання трохи поглиблене. Темп повільний. 1 - вдих 2 - видих
4	В.п.: лежачи, руки вздовж тулуба. 1 - згинання стоп 2 - розгинання стоп	8-10	Дихання довільне. Темп середній. Спина пряма.
5	В.п.: лежачи, руки вздовж тулуба. 1 - розвести руки в сторони 2 - прийняти вихідне положення	3-4	Темп повільний. Спина пряма. 1 - вдих 2 - видих
6	В.п.: лежачи, руки на поясі. 1 - згинання правої ноги в колінному суглобі 2 - згинання лівої ноги 3 - розгинання правої ноги 4 - розгинання лівої ноги	3-4	Дихання довільне. Темп повільний. Спина пряма.

Актуальні проблеми сучасної медицини

7	В.п.: лежачи, руки зігнуті у ліктях. 1 - зробити упор ліктями та потилицею, прогнутися в грудній частині хребта 2- прийняти вихідне положення	2-3	Темп повільний. 1 - вдих 2 - видих
8	В.п.: лежачи, руки вздовж тулуба. 1 - підняти руки вгору, 2 - долонями повернути від себе	3-4	Темп середній. Спина пряма. 1 - вдих 2 - видих
9	В.п.: лежачи, руки вздовж тулуба. 1 - відведення правої ноги убік, 2 - приведення правої ноги 3 - відведення лівої ноги убік. 4 - приведення лівої ноги	2-3	Дихання довільне. Темп повільний. Спина пряма.
10	В.п.: лежачи, руки вздовж тулуба. 1 - відведення правої руки убік, 2 - приведення правої руки 3 - відведення лівої руки убік. 4 - приведення лівої руки	2-3	Дихання довільне. Темп повільний. Спина пряма.
11	В.п.: лежачи 1 - руки зігнуті в ліктях, кисті привести до плечей. Розвести плечі убік. 2 - прийняти вихідне положення	3-4	Темп повільний 1 - вдих 2 - видих
12	В.п.: лежачи, руки вздовж тулуба. 1 - підняти праву ногу вгору, 2 - опустити на підлогу; 3 - підняти ліву ногу вгору 4 - опустити на підлогу	3-4	Дихання довільне. Темп повільний. Спина пряма.
13	В.п.: лежачи на боці, 1 - підняти руку вгору 2 - опустити руку	3-4	Темп повільний. Спина пряма. 1 - вдих 2 - видих
Тонізуючий період 10-12 днів			
14	В.п.: стоячи, руки вздовж тулуба. Спокійне дихання.	40-60	Темп середній. Спина пряма. 1 - вдих 2 - видих
15	В.п.: сидючи на стільці 1-Розвести руки в сторони 2- нахилитися, руками торкнутися ніг	5-6	Темп повільний 1 - вдих 2 - видих
16	В.п.: сидючи на стільці 1 - підняти праву руку через бік вгору 2 - нахилитися в ліву сторону 3 - підняти ліву руку через бік вгору 4 - нахилитися в праву сторону	5-7	Темп повільний. Спина пряма. 1 - вдих 2 - видих 3 - вдих 4 - видих
17	В.п.: широка стійка ноги нарізно. Руки на поясі. 1 - нахилитися вліво, підняти праву руку вгору 2 - повернутися до в. п. 3 - нахилитися праворуч, підняти ліву руку вгору. 4 - повернутися до в. п.	6-8	Темп середній. Постава. 1 - вдих 2 - видих 3 - вдих 4 - видих
18	В.п.: ноги нарізно. 1 - поворот («закручування») тулуба вправо 2 - повернутися до в. п. 3 - поворот тулуба вліво 4 - повернутися до в. п.	6-8	Темп середній. Дихання довільне. Постава.
19	В.п.: широка стійка ноги нарізно. 1- нахилитися вперед під кутом 90, розвівши руки в сторони 2 - повернутися до в. п.	6-8	Темп середній. Дихання довільне.
20	В.п.: Вузька стійка ноги нарізно. Руки до плечей. 1-4 кругові рухи в плечових суглобах уперед 5-8 кругові рухи у плечових суглобах назад.	2-3	Темп середній. Дихання довільне. Постава.
21	В.п.: Вузька стійка ноги нарізно. Одна рука піднята нагору, інша опущена вниз, руки прямі, напружені. 1-4 - швидким рухом змінити руки.	2-3	Темп швидкий. Дихання довільне. Постава.
22	В.п.: Стоячи, руки опущені. У руках гумовий м'яч. 1 - ударити м'ячем об підлогу, 2 - швидко повернутися кругом через праву сторону 3 - спіймати м'яч. Те саме зробити через ліву сторону.	2-3	Темп швидкий. Дихання довільне.
23	В.п.: Стоячи, ноги на ширині плечей, гімнастична палиця в руках ззаду на рівні лопаток. 1-4 - повороти одночасно голови та тулуба без зупинки праворуч наліво та навпаки	5-6	Темп швидкий. Дихання довільне.

24	В.п.: Стоячи на вузькій лаві, руки в сторони, очі закриті. Ходьба по лаві або по прямій із заплющеними очима	10 кроків	Темп повільний. Дихання вільне.
25	В.п.: Стоячи, ноги на ширині плечей, гімнастична палиця в руках. 1 - підняти палицю вгору над головою - зробити вдих, 2 - опустити правий край палиці до правого коліна, повертаючи тулуб праворуч - видих. Те саме повторити до лівого коліна.	2-4 рази	Темп середній. Дихання вільне
26	В.п.: Сидячи на високому табуреті, ноги спокійно звисають, руки на колінах. Виконувати розслаблені маятникоподібні рухи ногами (права вперед – ліва назад)	1-2 хвилини	Темп середній. Дихання вільне
27	Звичайна ходьба, руки розслаблені та опущені вниз	3-5 хвилин	Темп повільний. Дихання вільне.
Тренувальний період (амбулаторний)			
28	В.п.: Стоячи, ноги на ширині плечей, гімнастична палиця в руках. Виконувати стрибки, опускаючись на всю стопу, ноги порізно та разом. Потім - стрибки одна нога попереду, інша ззаду, змінюючи положення ніг, стрибки ноги скресно, змінюючи положення ніг, стрибки на шкарпетках.	По 6 разів	Темп швидкий. Дихання довільне. Постава.
29	Скандинавська ходьба, в руках телескопічні ціпки	20-30 хвилин	Темп середній. Дихання вільне
30	В.п.: Сидячи на велотренажері чи велосипеді. Виконувати рухи ногами як при їзді на велосипеді	10-15 хвилин	Темп середній. Дихання вільне
31	В.п.: Стоячи з баскетбольним м'ячем у руці. Повільний біг приставним кроком із ударами м'яча об підлогу.	5-7 хвилин	Темп повільний. Дихання вільне.
32	Плавання будь-яким стилем.	12-17 хвилин	Темп середній. Дихання вільне.
33	Ходьба з прискоренням, руки розслаблені та опущені вниз.	20-30 хвилин	Темп середній. Дихання вільне.
34	Дозований біг.	5-7 хвилин	Темп повільний. Дихання вільне.
35	Ходьба на лижах.	15-20 хвилин	Темп повільний. Дихання вільне.

Основні методичні рекомендації під час проведення лікувальної фізичної культури такі:

1. Пацієнт повинен бути одягнений у легкий та вільний одяг;

2. Суворе дозування вправ за часом, відповідно до рухового режиму пацієнта з гіпотонічною хворобою;

3. Заняття фізичною культурою повинно проводитися в приміщеннях, що добре провітрюються, а пацієнт повинен бути в хорошому самопочутті;

4. Усі фізичні вправи мають бути плавними, з відсутністю різких рухів;

5. При заняттях пацієнт повинен робити вдих через ніс, а видих через рот;

6. Під час спеціальних дихальних вправ вдих проводиться плавно, з помірною глибиною, видих тривалий від вдиху; при поєднанні дихання з рухом тривалість вдиху має відповідати всій фазі руху;

7. У разі болю знизити навантаження чи припинити заняття;

8. Заняття лікувальною фізичною культурою повинні проводитися спочатку один раз на день - краще вранці, а потім і в другій половині дня, але не менш як за дві години до сну;

9. Необхідно створення постійного індивідуального маршруту або дистанції для хворого з метою періодичного його проходження для контролю за своєю тренуваністю;

10. Навчання хворого на самоконтроль з урахуванням його самопочуття;

11. Необхідне постійне спостереження лікаря

за хворим під час фізичної реабілітації, що включають контроль частоти серцевих скорочень і показників артеріального тиску.

12. Важливо пояснити пацієнтові, що тривалі, раптові, короткі чи незвичні вправи шкідливі і навіть небезпечні здоров'ю.

13. Вправи проводити за відсутності скарг та комфортного самопочуття.

14. Переконати пацієнта, що біль, що виник під час заняття, не можна пересилювати.

15. Переконати пацієнта, що його захворювання не є виразом, пояснити хворому, що не треба боятися фізичних навантажень, правильне виконання яких нормалізує артеріальний тиск, покращує еластичність судин, знижується концентрація у крові речовин, що сприяють розвитку патологічних станів.

Результати дослідження

У ході дослідження встановлено, що 4 (40%) пацієнтів віком від 40 до 45 років. 2 (20%) пацієнтів опинилися у віці від 46 до 50 років, 3 (30%) пацієнтів – від 51 до 55 років, у віці від 56 до 60 років – 1 (10%) хворих.

Найбільш частою скаргою пацієнтів, у тому числі і хворих, з гіпотонічною хворобою, є головний біль. У своїй роботі ми досліджували наявність головного болю у пацієнтів до та після фізичної реабілітації. Так, дані анкетування показали, що до фізичної реабілітації головний біль був у всіх пацієнтів, а після лише у 30% хворих (рис. 1).

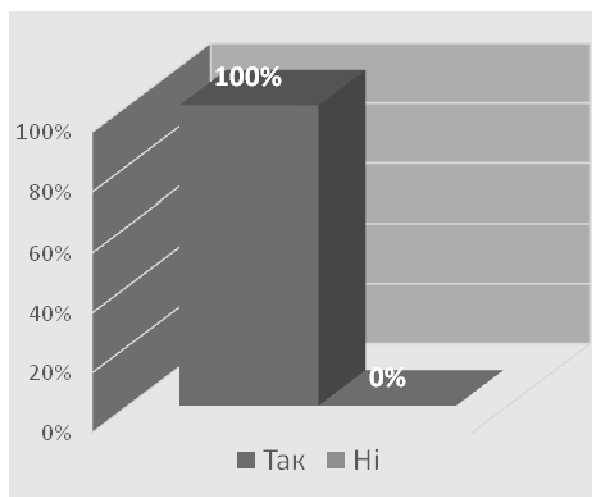


Рис. 1. Наявність больового синдрому у пацієнтів із гіпотонічною хворобою до та після фізичної реабілітації

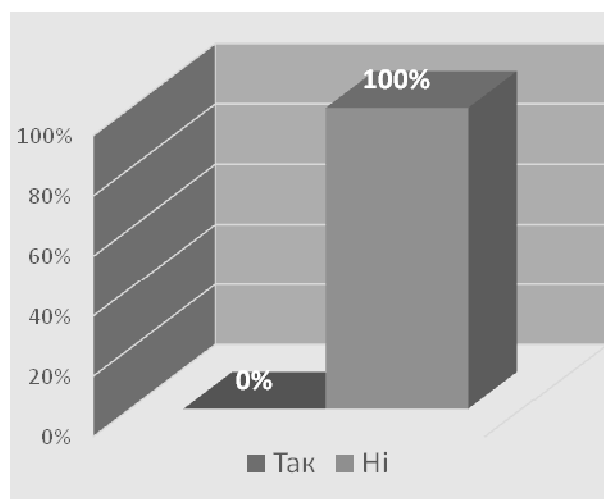
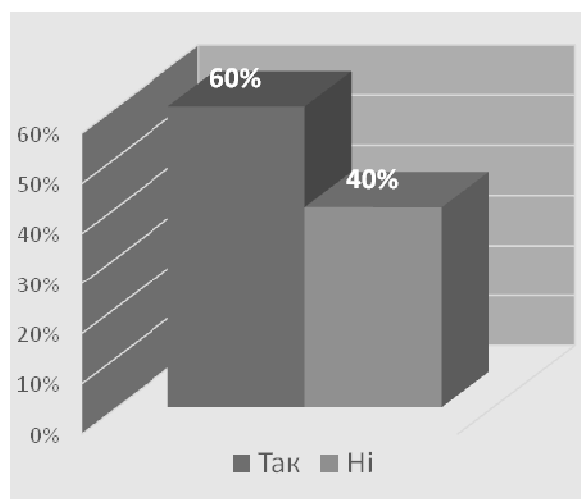
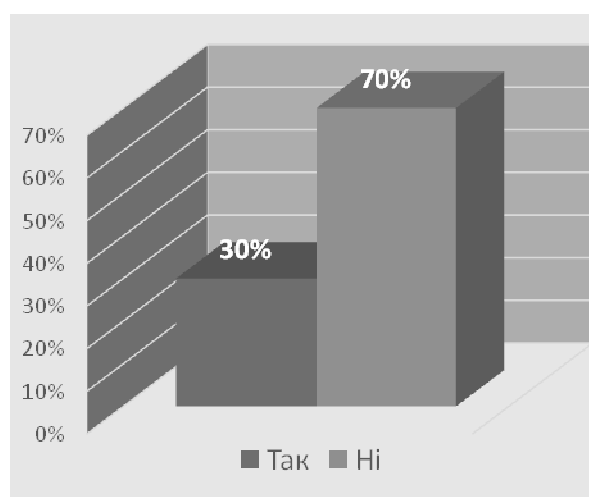


Рис. 2. Наявність нудоти до та після фізичної реабілітації

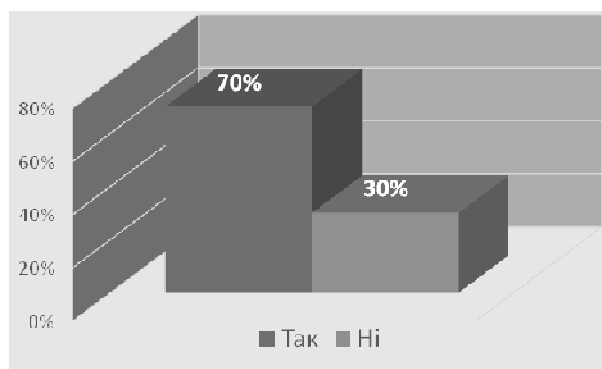


Рис. 3. Поліпшення загального стану після масажу

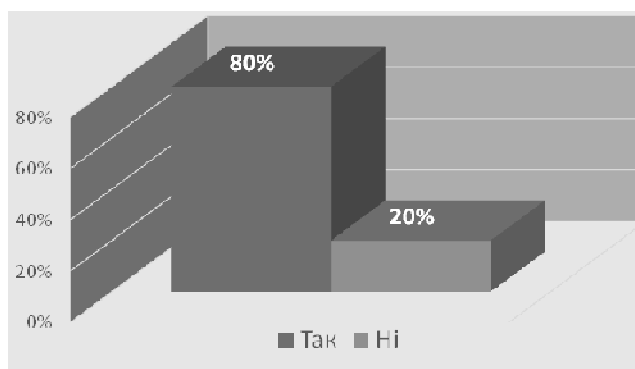


Рис. 4. Дотримання лікувальної фізичної культури

Інша скарга хворих також була оцінена до та після проведення комплексу фізичної реабілітації. Так ось, хворим було поставлене запитання – «Ви відчуваєте нудоту, чи було у Вас блювання?» Виявилось, що до проведення комплексу фізичних вправ блювота не турбувала жодного хворого, проте на нудоту скаржилася більшість

пацієнтів (60%) (рис. 2). Після циклу фізичної реабілітації блювоти та нудоти не спостерігалося в жодного з пацієнтів (рис. 2).

Поряд із проведенням фізичної реабілітації пацієнти, окрім медикаментозного лікування, отримували також фізіотерапевтичні процедури та елементи масажу. Враховуючи наявні літера-

турні дані про позитивний вплив масажу на загальний стан пацієнтів, ми вирішили дослідити його вплив на вираженість артеріальної гіпотензії. Отримані результати виявилися певною мірою несподіваними - 70% пацієнтів відзначили покращення самопочуття після проходження курсу масажу (рис. 3). Окрім цього, було проаналізовано зміни артеріального тиску до і після масажних процедур.

Важливим аспектом реабілітації хворих на гіпотонічну хворобу є лікувальна фізична культура. Проте, на превеликий жаль, лише 80% хворих постійно дотримувалися елементів лікувальної фізичної культури (рис. 4).

На наступне запитання (10%) опитаних від-

повіли, що займаються лікувальною гімнастикою менше ніж 2 рази на день, 40% – 2-3 рази на день. Інші 50% займаються елементами лікувальної фізичної культури більше 4 разів на день, що є правильним методом реабілітації (рис. 5).

Загальна тривалість лікувальної фізичної культури при гіпотонічній хворобі становить 20-30 хвилин. У результаті дослідження встановлено, що більшість пацієнтів з даним захворюванням дотримуються тимчасового коефіцієнта (60%). 20% досліджуваних займаються менше 20 хвилин на день, і ще 20% досліджуваних відводять для фізичних вправ понад 30 хвилин на день (рис. 6).



Рис. 5. Аналіз добової кількості занять лікувальною гімнастикою

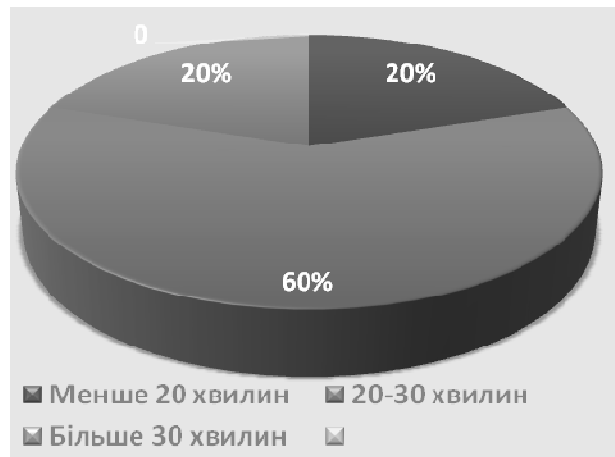


Рис. 6. Аналіз загальної тривалості лікувальної фізичної культури

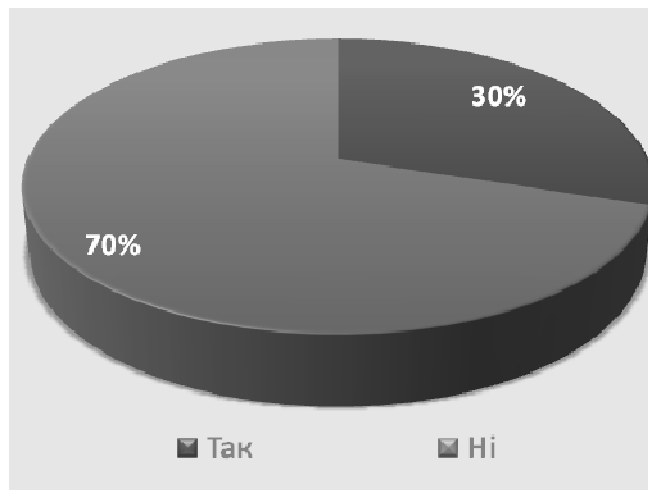


Рис. 7. Чи використовуєте Ви спеціальну дихальну гімнастику при заняттях лікувальної фізичної культурою у реабілітаційному періоді?

Лікувальну фізичну культуру чергують із дихальними вправами. Подих впливає на м'язовий тонус кінцівок: при вдиху тонус кінцівок підвищується, при видиху - знижується. У ході дослідження встановлено, що всього 3 (30%) опитаних використали даний вид вправи в реабілітаційному періоді пацієнтів із гіпотонічною хворобою (рис.7).

У процесі дослідження також було проаналізовано показники артеріального тиску в пацієнтів із гіпотонічною хворобою до та після проведення курсу фізичної реабілітації. Виявлено, що після виконання комплексу лікувальної фізичної культури загальний рівень артеріального тиску зріс як у чоловіків, так і у жінок (табл. 2).

Таблиця 2

Показник артеріального тиску до та після фізичної реабілітації, М±т

Показник	Систолічний артеріальний тиск, мм.рт.ст.		Діастолічний артеріальний тиск, мм.рт.ст.	
	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки
До фізичної реабілітації	91±8	88±6	59±5	55±2
Після фізичної реабілітації	105±9	98±3	66±6	62±3

Обговорення

Фізична реабілітація відіграє важливу роль у практичному лікуванні пацієнтів із гіпотонічною хворобою. Грамотно сформована стратегія підбору фізичних вправ є ключовим чинником у покращенні якості життя таких хворих [13, 14, 15]. Рационально складена програма фізичної реабілітації здатна в більшості випадків не лише зменшити прояви симптомів, характерних для гіпотонії, а й сприяти подовженню тривалості життя пацієнтів.

Таким чином, після проведеного анкетування хворих на гіпотонічну хворобу та аналізу стаціонарних карт пацієнтів стає зрозуміло, що дуже корисним є фізична терапія та масаж. Тішить, що медперсонал, який надає допомогу пацієнтам, виявив усі позитивні якості, що передбачалися для медиків, що багато в чому вплинуло на задоволене лікування в цілому [6, 11, 13].

Висновки

1. Встановлено, що лікування гіпотонічної хвороби на поліклінічному етапі має бути не лише медикаментозним, а й з елементами лікувальної фізичної культури.

2. Встановлено, що після проведення курсу фізичної реабілітації показники артеріального тиску зросли, що доводить ефективність лікувальної фізичної культури.

Перспективи подальших досліджень

Вивчення особливостей фізичної реабілітації хворих на гіпотонічну хворобу буде продовжено у наступних дослідженнях.

Особистий внесок авторів

Латогуз С.І.: а) концепція та дизайн; г) редагування рукопису; д) остаточне затвердження рукопису.

Марковська О.В.: б) збір та узагальнення даних.

Каук О.І.: в) аналіз та інтерпретація результатів;

Білецька О.М.: г) написання рукопису.

Федоренко Н.О.: г) редагування рукопису.

Конфлікт інтересів

Автори повідомляють про відсутність конфлікту інтересів.

References

- Bohdanovs'ka NV. Fizychna reabilitatsiya riznykh nozologichnykh hrup: Navchal'nyy posibnyk [Physical rehabilitation of different nosological groups: Study guide]. Zaporizhzhya: ZDU; 2002. 136 s. [Ukrainian]
- Vakulenko LO. Osnovy reabilitatsiyi, fizychnoyi terapiyi, erhoterapiyi [Basics of rehabilitation, physical therapy, occupational therapy]. Ukrmedknyha; 2023. 372 s. [Ukrainian]
- Voznesens'ka TH. Prychyny neefektyvnosti likuvannya ozhyrinnya ta sposoby yiyi podolannya [Reasons for ineffective treatment of obesity and ways to overcome it]. Problemy endokrynolohiyi. 2006;52(6):51-54. [Ukrainian]
- Voronin DM, Hrach VM. Ipoterapiya v systemi reabilitatsiyi ditey z podviynoyu hemiplehiyeyu [Hypotherapy in the rehabilitation system of children with double hemiplegia]. Metod vkazivky. Lviv: Ramus-polihraf; 2009. 43 s. [Ukrainian]
- Fomina IH, Heorhadze ZO, Pokrovs'ka AYe, Shepelyeva OV. Vplyv ozhyrinnya na sertsevo-sudynnu systemu [The effect of obesity on the cardiovascular system]. Kardiiovaskulyarna terapiya ta profilaktyka. 2008;7(2):91-97. [Ukrainian]
- Hryhus IM, Nahorna OB. Osnovy fizychnoyi terapiyi [Basics of physical therapy]. Rivne: Oldi+; 2022. 150 s. [Ukrainian]
- Bondarenko SV, Kalyuzhka AA. Hryazelikuvannya [Mud treatment]. Kharkiv: TOV «Drukarnya Madryd»; 2018. 42 s. [Ukrainian]
- Dzhoyeva FKH. Diyetoterapiyi ozhyrinnya: vid znyzhennya masy tila do korektsiyi faktoriv ryzyku sertsevo-sudynnykh zakhvoryuvan' [Diet therapy of obesity: from weight loss to correction of cardiovascular disease risk factors]. Ozhyrinnya ta metabolizm. 2008;4:25-29. [Ukrainian]
- Verhun AR, Shelukhova IV. Ipoterapiya: likuval'no-reabilitatsiyini aspekty [Hypotherapy: treatment and rehabilitation aspects]. Ternopil; 2005. 18 s. [Ukrainian]
- Shved MI, red. Osnovy vnutrishn'oyi medytsyny ta fizychnoyi reabilitatsiyi [Basics of internal medicine and physical rehabilitation]. Ukrmedknyha; 2021. 412 s. [Ukrainian]
- Klapchuk VV, Polyans'ka OS, Eds. Osnovy reabilitatsiyi, fizioterapiyi, likuval'noy fizychnoyi kul'tury i masazhu [Basics of rehabilitation, physiotherapy, therapeutic physical culture and massage]. Chernivtsi: Prut; 2018. 208 c. [Ukrainian]
- Rozdil's'ka OM, Zinchenko OK, Tondiy LD, Vasyly'yeva-Linets'ka LYA, Nechypurenko OM, Kalyuzhka AA; za zah red prof Rozdil's'koyi OM. Fizychni faktory v medychniy reabilitatsiyi khvorykh na sertsevo-sudynni zakhvoryuvannya [Physical factors in the medical rehabilitation of patients with cardiovascular diseases]. Navch-metod posibnyk. Kharkiv: «Tochka» 2017. 136 s. [Ukrainian]
- Sokrut VM, Kazakov VM, eds. Fizychni chynnyky v medychniy reabilitatsiyi. Pidruchnyk dlya studentiv ta likariv [Physical factors in medical rehabilitation. Textbook for students and doctors]. Donetsk, DonNMU: DOKTMO; 2008. 576 s. [Ukrainian]
- Yakovenko NP, Samoilenko VB. Fizioterapiya [Physiotherapy]. Kyiv: Medytsyna; 2018. 255 c. [Ukrainian]
- Kolyadych OI. Osoblyvosti kompleksnoy fizychnoyi reabilitatsiyi pry ozhyrinni I stupenya osib pratsezdatoho viku [Peculiarities of complex physical rehabilitation for obesity of the first degree of people of working age]. Aktual'ni problemy navchannya ta vykhovannya lyudey z osoblyvymy potrebamy. 2010. s. 501-508. [Ukrainian]

Summary

CHARACTERISTICS OF PHYSICAL REHABILITATION IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPOTENSION

Latohuz S., Markovska O., Kauk O., Biletska O., Fedorenko N.

Key words: physical rehabilitation, hypotension, therapeutic physical training, massage, physical exercises.

Introduction. According to ICD-10, hypotension is classified as a disease of the circulatory system (section I00–I99). Arterial hypotension (code I95 in accordance with ICD-10) is defined as a decrease in systolic pressure below 100 mm Hg and diastolic pressure below 60 mm Hg.

In the middle-aged group, arterial hypotension is a serious medical and social problem in both developed and developing countries. This trend is driven by longer life expectancy and a growing prevalence of cardiovascular conditions.

Objective. To improve quality of life among middle-aged patients with hypotension through the development of an outpatient-based physical rehabilitation methodology.

Participants and methods. The study was conducted at the Medical Rehabilitation Department of the University Clinic of Kharkiv National Medical University. During the study, 10 individuals of both sexes with hypotension were observed. The patients were of middle age, ranging from 40 to 60 years, with an average age of 46 ± 1.7 years. The clinical picture included symptoms such as weakness, fatigue, nausea, headaches, memory loss, and impaired concentration. Blood pressure readings were below 100/60 mmHg in men and 95/60 mmHg in women.

Results and discussion. After conducting a questionnaire among patients with hypotension and analyzing their medical records, it became evident that physical rehabilitation and massage are highly beneficial. It is encouraging that the medical staff providing care demonstrated all the expected positive qualities, which significantly influenced overall treatment satisfaction.

Thus, it has been established that the outpatient treatment of hypotension should include not only pharmacological therapy but also elements of therapeutic physical training. A well-designed physical rehabilitation program can, in most cases, not only reduce the symptoms associated with hypotension but also contribute to increasing patients' life expectancy.

Conclusion. It has been found out that after completing a course of physical rehabilitation, blood pressure indicators increased, confirming the effectiveness of therapeutic physical exercise. The questionnaire results also show a reduction in clinical symptoms of hypotension after the course of physical therapy.