

чакрових конусів чакр може проявитися як захисна реакція з метою збереження власних формоструктур та своїх функціональних можливостей. За даних умов може настати функціональна активізація окремих чакрових конусів чакр.

Перехідний стан функціонування чакрового конуса настає в моменти зміни пелюстками конуса своєї лівосторонньої орієнтації на правосторонню, правосторонньої орієнтації на лівосторонню, або на нейтрально орієнтоване положення у своїй площині з переходом від обертання за годинниковою стрілкою до обертання в напрямку проти годинникової стрілки і навпаки, а також від обертання до прямолінійного переміщення інформаційно-енергетичних матерії над основою чакрового конуса чакри.

Обертання інформаційно-енергетичних матерії над основою чакрового конуса за годинниковою стрілкою свідчить про функціонування конуса в режимі поглинання інформаційно-енергетичних матерії з інформаційно-енергетичних полів середовища та їх постачання фізичному і тонкоматеріальному тілам. Обертання проти годинникової стрілки свідчить про функціонування конуса в режимі виведення інформаційно-енергетичних матерії з організму і ТМТ, а при прямолінійних переміщеннях інформаційно-енергетичних матерії над основою чакрового конуса – про функціонування конуса в режимі одночасного поглинання і виведення інформаційно-енергетичних матерії.

Функціональний перехід характеризується поступовим зменшенням частоти коливань, короткочасним припиненням коливань і рухів пелюстків конуса, певною мірою закритості основи конуса, припиненням процесів поглинання інформаційно-енергетичних матерії із середовища та їх виведенням з організму і ТМТ, поступовим переходом чакрового конуса на інший функціональний режим і зміною напрямку переміщення інформаційно-енергетичних матерії над основою чакрового конуса чакри. Тривалість перехідного стану функціонування залежить від необхідності швидкої зміни режиму функціонування чакрового конуса. Періодичність перехідного стану функціонування конуса, від режиму поглинання до режиму виведення і від режиму виведення до режиму поглинання та до режиму одночасного поглинання і виведення, обумовлюється загальним структурно-функціональним станом фізичного тіла, ТМТ, умов їх життєдіяльності, характеру функціональних проявів людини, її тіл, особливостей, властивостей і здібностей. Тривалість і періодичність перехідного стану функціонування чакрових конусів чакр і чакр в цілому, а також фактори, які визначають характер перехідного стану функціонування, мало вивчені.

Продовження у випуску 51

ЛІТЕРАТУРА

1. **Васильчук А. Л.** Функціональна анатомія чакр. - Львів.: Каменяр, 2003. – 208 с. + 22 іл.
2. **Васильчук А. Л.** Атлас функціональної анатомії тонкоматеріальних тіл людини. – Львів.: „Каменяр”, 2003. – 648 с. з іл.
3. **Васильчук А. Л.** Розвиток чакр у переднатальному та постнатальному періодах онтогенезу людини // Здоровий спосіб життя: Зб. наук. ст. Вип. 7. - Львів, 2005, С. 18-24.
4. **Vasil'čuk Anatolij.** Enioanatomie jemnohmotných těl člověka. – Skalica: Elena Mikúšová MM, 2009. – 1 144 s.: il.

Н.С. ВОЗНЯК

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ ДРУГОГО ЗРІЛОГО ВІКУ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ІІ СТУПЕНЯ У ЛІКАРНЯНИЙ ПЕРІОД

В статті представлена методика фізичної реабілітації для осіб другого зрілого віку з гіпертонічною хворобою ІІ ступеня, яка направлена на покращення функціонального стану серцево-судинної системи.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, реабілітація, пацієнти, артеріальний тиск.

В статті представлена методика фізическої реабілітації, направлена для улучшения функціонального состояния лиц второго зрелого возраста с гипертонической болезнью II степени.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, реабилитация, пациенты, артериальное давление.

The article introduces the methods of physical rehabilitation of second mature age people with arterial hypertension of second degree. This essentials are aimed on improving cardiovascular fitness.

Key words: hypertensive illness, rehabilitation, patients, arterial pressure.

Актуальність: Гіпертонічна хвороба (ГХ) є найпоширенішим захворюванням серцево-судинної системи. Близько 15-20% дорослого населення у світі страждає підвищеним артеріальним тиском. За останніми даними підвищений артеріальний тиск спостерігається у 40% чоловіків і 39% жінок.

В осіб другого зрілого віку гіпертонічна хвороба – важлива клінічна та соціальна проблема, оскільки зумовлює вагоме підвищення ризику виникнення інсультів, порушень мозкового кровообігу, застійної серцевої недостатності, інфаркту міокарду та раптової смерті. На частку гіпертонічної хвороби припадає до 50% усієї смертності від серцево-судинних захворювань.

Метою дослідження є удосконалення методики фізичної реабілітації для осіб другого зрілого віку з гіпертонічною хворобою II ступеня.

Мета визначила такі **завдання**:

1) Вивчити осіб другого зрілого віку з гіпертонічною хворобою II ступеня.

1) Удосконалити методику фізичної реабілітації для покращення стану серцево-судинної системи даного контингенту осіб.

Результати дослідження та їх обговорення У дослідженні брало участь 20 пацієнтів віком від 50 до 60 років з гіпертонічною хворобою II ступеня, 10 з яких склали основну групу (ОГ), а 10 – групу порівняння (ГП).

При обстеженні пацієнти обох груп скаржилися на швидку втомлюваність, головний біль та зниження працездатності.

При дослідженні артеріального тиску (АТ) пацієнтів обох груп (табл. 1) середні значення систолічного АТ в ОГ становили 155 мм рт.ст., а в ГП – 156 мм рт.ст., середні показники діастолічного АТ становили 102 мм рт.ст. в обох групах, ($P > 0,05$), що свідчить про однорідність підібраних нами груп.

Таблиця 1

Показники артеріального тиску (мм рт. ст.)

<i>Систолічний артеріальний тиск</i>			
Група	M ± Sm	t	P
ОГ	155,0 ± 6,2	0,5	> 0,05
ГП	156,0 ± 6,2		
<i>Діастолічний артеріальний тиск</i>			
Група	M ± Sm	t	P
ОГ	102,5 ± 3,1	0,39	> 0,05
ГП	102,0 ± 2,05		

При дослідженні частоти серцевих скорочень (ЧСС) середні значення показників в ОГ становило 75,4 уд./хв., а у ГП – 77,8 уд./хв. (табл. 2).

Провівши математико-статистичну обробку даних, ми вияснили, що між показниками ЧСС в ОГ і ГП суттєвих розбіжностей немає ($P > 0,05$).

Таблиця 2

Показники ЧСС (уд./хв. вихідні дані)

Група	$M \pm Sm$	t	P
ОГ	$75,4 \pm 1,85$	2,01	> 0,05
ГП	$77,8 \pm 2,06$		

Крім основного захворювання у пацієнтів були наявні супутні захворювання. На ожиріння, цукровий діабет та захворювання шлунково-кишкового тракту припадає по 20 % всіх супутніх захворювань, на захворювання опорно-рухового апарату припадає 30%, а на захворювання дихальної системи – 10%. При цьому у деяких пацієнтів було більше, ніж одне супутнє захворювання.

Таблиця 3

Динаміка показників систолічного АТ (мм рт. ст.)

ОГ	$M \pm Sm$	t	P
Вихідні дані	$155,0 \pm 6,2$	6,41	< 0,05
Кінцеві дані	$124,0 \pm 3,6$		
ГП	$M \pm Sm$	t	P
Вихідні дані	$156,0 \pm 6,2$	5,63	< 0,05
Кінцеві дані	$144,0 \pm 3,6$		

Отримані результати враховувалися нами при складанні реабілітаційної методики для пацієнтів ОГ, які включали в себе загальнорозвиваючі, дихальні і спеціальні вправи, а також масаж, який виконувався пацієнтам безпосередньо перед заняттям. Заняття з пацієнтами проводилися 3 рази на тиждень із загальною тривалістю 40 хв. (15 хв. масаж, 25 хв. заняття ЛФК).

Наша методика відрізняється від методики, яку застосовують у стаціонарах тим, що ми замінили вправи для вестибулярного апарату вправами, які спрямовані на розслаблення та розтягування м'язів ший, плечового поясу та спини, у комплекси також було включено декілька вправ для супутнього захворювання пацієнта.

Таблиця 4

Динаміка показників діастолічного АТ (мм рт. ст.)

ОГ	$M \pm Sm$	t	P
Вихідні дані	$102,5 \pm 4,11$	4,33	< 0,05
Кінцеві дані	$93,5 \pm 1,54$		
ГП	$M \pm Sm$	t	P
Вихідні дані	$102,0 \pm 2,05$	4,58	< 0,05
Кінцеві дані	$95,0 \pm 1,54$		

Після проведення реабілітаційних заходів з пацієнтами ОГ, нами було проведено повторне обстеження пацієнтів обох груп, для порівняння кінцевих показників з вихідними та для визначення ефективності нашої методики.

При проведенні повторного дослідження нами було виявлено зниження систолічного АТ (табл. 4) в ОГ в середньому на 18 мм рт.ст. (20%), а у ГП – на 12 мм рт.ст. (8%). Також було відмічено зниження діастолічного АТ (табл. 5) в ОГ на 9 мм рт.ст. та на 7 мм рт.ст. у ГП (9% та 7% відповідно), ($P < 0,05$) отже зміни відбулися.

Після проведення фізичної реабілітації ми також спостерігали покращення самопочуття та настрою пацієнтів.

З отриманих результатів можемо зробити такі висновки:

Згідно з результатами дослідження, після комплексного лікування у пацієнтів з гіпертонічною хворобою II ступеня спостерігалася тенденція до зниження артеріального тиску та показників ЧСС. Зокрема, систолічний АТ в основній групі зменшився на 20% від вихідного рівня, у групі порівняння – на 8%, показники діастолічного в ОГ та ГП – на 9% та

7% відповідно, амплітуда зубця R ЕКГ знизилася у ОГ на 13,5% і у ГП на 5% та показники ЧСС зменшилися в ОГ на 10,3%, у ГП – на 4,4%, що свідчить про ефективність запропонованої нами методики.

ЛІТЕРАТУРА

1. Актуальні питання діагностики та лікування артеріальної гіпертензії /Ред. В.З. Нетяженко. — К.: Асоціація лікарів-інтерністів України, 1998. — 306 с.
2. Гіпертонічна хвороба: принципи сучасного лікування. Методичні рекомендації до практичних занять по терапії – Суми, 2001. – 458 с.

О.В.ГУЗІЙ, В.Р.БУДЗИН

ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ОСІБ З ГОНАРТРОЗОМ І–ІІ СТ. НА ПОЛІКЛІНІЧНОМУ ЕТАПІ

*Стаття розглядає проблему деформуючого артрозу – небезпечної хвороби людини.
Ключові слова: гонартроз, реабілітація, суглоби.*

Статья рассматривает проблему деформирующего артроза – опасной болезни человека.

Ключевые слова: гонартроз, реабилитация, суставы.

The article examines the problem of deforming artros - dangerous illness of man.

Key words: gonartroz, rehabilitation, joints.

Актуальність: Захворювання суглобів, особливо дегенеративно-дистрофічного генезу, в структурі дорослого населення є достатньо поширеною патологією. За даними ВООЗ, практично, кожний п'ятий пацієнт у світі має дану патологію. Артрози по Україні становлять приблизно 3% всіх ортопедичних захворювань і за частотою займають перше місце серед захворювань суглобів[3]. Остеоартроз приводить до погіршення фізичного стану хворого, а хронічний перебіг і втрата працездатності створюють психологічні проблеми [1]. Найчастіше зустрічаються деформуючі артрози (остеоартрози), які можуть виникати у будь-якому суглобі, але переважно у великих суглобах нижніх кінцівок, які зазнають найбільших навантажень. З даної патології на другому місці після коксартрозів, які становлять 25-32%, є артрози колінних суглобів (12-15%). Особи з різними видами остеоартрозу, як правило, непрацездатні і є основними відвідувачами поліклініки [2].

Мета: розробити і впровадити в практику методику фізичної реабілітації для осіб з деформуючим артрозом на поліклінічному етапі.

Організація дослідження: дослідження проводились на базі медичного центру санаторію „Ріксос - Прикарпаття”. В нашому дослідженні були задіяні 20 пацієнтів, 10 з яких – основна група, і 10 – група порівняння.

Досліджуючи рухливість колінних суглобів у наших пацієнтів, ми виявили наступні результати (рис. 1)

За даними рисунку 1. показники активного згинання у колінному суглобі у ОГ знаходяться в межах від 78° до 96°, пасивне згинання відповідно від 80° до 98°, активне згинання у ГП знаходиться в межах від 80° до 90°, тоді як пасивне згинання колінного суглобу ураженої кінцівки знаходиться у наступних межах, а саме від 87° до 95°.