

Принципи профілактичного та лікувального застосування преформованих фізичних факторів при артеріальній гіпертензії

Робота присвячена питанням використання засобів фізіотерапевтичної реабілітації хворих з артеріальною гіпертензією. Принципи немедикаментозного лікування та реабілітації ґрунтуються на використанні преформованих фізичних факторів на тлі базисної терапії за протоколами. Наведені дані про підвищення ефективності лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією шляхом комплексної дії на організм пацієнта, а також значний вплив фізіотерапевтичних методів лікування та реабілітації на патогенетичну ланку розвитку гіпертонічної хвороби, що уможливає зменшення дози лікарських засобів та покращання якості життя пацієнтів.

Ключові слова:

артеріальна гіпертензія, медична реабілітація, преформовані фізичні фактори.

Проблеми лікування та реабілітації у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) не втрачають своєї актуальності. Своєчасне комплексне й адекватне лікування АГ дозволить збільшити тривалість та покращити якість життя, запобігти ускладненням. Але сама лише медикаментозна терапія не в змозі вирішити весь комплекс складних завдань. Незважаючи на серйозні досягнення фармакологічної галузі, цільовий рівень артеріального тиску (АТ) вдається досягти у 8 % сільських та 19 % міських мешканців (Сіренко Ю.М., 2011). Слід визнати ситуацію щодо контролю за АТ незадовільною.

Від 5 до 20 % хворих мають генетично детерміновані зміни чутливості до тих чи інших препаратів фармакотерапії — в діапазоні від абсолютної нечутливості до надчутливості, аж до непереносимості, з розвитком негативних реакцій, що часто загрожують здоров'ю та життю пацієнта. В цілому кожний засіб фармакотерапії слугує для організму біологічно чужорідною речовиною (ксенобіотиком), унаслідок чого після його всмоктування мобілізуються всі механізми захисту шляхом вироблення специфічних антитіл або навіть конформації білкових та ліпідних молекул у структурі клітинних рецепторів для даного препарату. У зв'язку з дією цих фізіологічних за природою адаптаційних механізмів спостерігається щорічне зниження ефективності кожного препарату, що застосовується, приблизно на 1—5 % і більше на рік. Тому довготривалий прийом будь-яких засобів фармакотерапії призводить до розвитку фармакорезистентності, що слугує провідною причиною виникнення «хвороби від ліків» — основної проблеми сучасної медикаментозної терапії [1].

Можливості лікувальних фізичних факторів у лікуванні АГ реалізуються неповною мірою і не завжди раціонально. Сімейні лікарі, терапевти та кардіологи не мають необхідних знань та досвіду щодо принципів застосування фізіотерапевтичних методів у лікуванні АГ. Сучасні



І.П. Гуменюк

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ

Гуменюк Ігор Павлович
к. мед. н., доц. кафедри медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи

21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56
E-mail: gumeniukip@gmail.com

Стаття надійшла до редакції
4 березня 2015 р.

посібники та рекомендації щодо лікування АГ не містять інформації про місце та роль фізичних факторів.

Мета роботи — на підставі всебічного аналізу наукової літератури обґрунтувати основні принципи профілактичного та лікувального використання фізичних факторів при АГ.

Методи апаратної фізіотерапії застосовуються диференційовано, залежно від стадії гіпертонічної хвороби (ГХ), факторів ризику, ступеня ураження органів-мішеней, супутньої патології. Фізіотерапія використовується в комплексі з медикаментозною терапією, фізичною реабілітацією, дієтотерапією, психотерапією, курортними чинниками. Широке застосування фізіотерапії знайшла в лікуванні та запобіганні виникненню супутньої патології й деяких ускладнень ГХ. За допомогою цих методів можна впливати на різні патогенетичні ланки ГХ та процеси саногенезу [11].

Гіпотензивний ефект при застосуванні більшості фізичних факторів супроводжується корекцією порушень у цереброваскулярній системі, збільшенням коронарного і міокардіального резервів, покращанням ліпідного профілю, реологічних показників та, що особливо важливо, мікроциркуляції [16].

Раціональне застосування лікувальних фізичних факторів для конкретного пацієнта передбачає диференційований вибір виду енергії, що використовується, та конкретних методик проведення процедур. Саме на цій основі мають бути сформовані загальні принципи їх застосування та впровадження з лікувальною та профілактичною метою. Використання цих принципів уносить системність і порядок у дії лікаря [4, 7].

Принцип єдності синдромно-патогенетичного і клініко-функціональних підходів реалізується на основі специфічних та неспецифічних властивостей фізичного фактора та його впливу на певні функції організму людини. Використовуючи цей принцип на початковій стадії, необхідно призначати ті методи, які усувають основні ланки патогенетичного процесу. Синдромно-патогенетичний підхід передбачає призначення лікувальних фізичних факторів з урахуванням специфічних особливостей їх переважної дії на основні патологічні процеси і системи організму. Основними патогенетичними механізмами, які реалізуються через дію тригерних факторів (факторів ризику) і призводять до формування АГ, є гіперфункція симпатичної нервової системи й активація РААС. Дисбаланс двох основних систем, які регулюють АТ, призводить до структурних та функціональних патофізіологічних наслідків. Основними функціональними наслід-

ками активації симпатичної нервової системи і РААС є дисфункція ендотелію, зміна функції клітинних мембран, порушення функції нирок (натрійуретична та діуретична, затримка натрію і води нирками, гломерулярна гіперфільтрація), збільшення ОЦК, констрикція артеріол та вен, підвищення перед- та післянавантаження. Структурні наслідки проявляються ремоделюванням серцево-судинної системи і специфічних органів-мішеней (гіпертрофія судинної стінки та міокарда, зменшення кількості нефронів та фільтраційної поверхні нирок, розрідження мікросудинного русла).

Мета профілактичного та лікувального застосування фізичних факторів у хворих на ГХ — корекція з їхньою допомогою основних патогенетичних порушень. У зв'язку з цим основними завданнями фізіотерапії є:

- відновлення центральної ланки кровообігу та функціонального стану серця (покращення метаболізму міокарда та коронарного кровообігу, зниження чутливості до β -адренорецепторів, відновлення біоелектричної активності серця та скоротливої функції міокарда);
- вплив на допоміжні (екстракардіальні) механізми кровообігу (досягнення вазодилатуючого ефекту, зниження тону периферичних судин, покращення процесів мікроциркуляції та оксигенації тканин);
- вплив на нервові та нейрогуморальні механізми регуляції кровообігу (відновлення функцій центральної та вегетативної нервової систем, вплив на нейроендокринні процеси, водно-електролітний обмін, вплив на імунні процеси) [11].

Гіперреактивність симпатичної нервової системи з гіперсекрецією катехоламінів призводить до стимуляції виділення вазопресину, АКТГ, реніну, ангіотензину, альдостерону. Зміна активності симпатико-адреналової системи призводить до стимуляції β_1 -адренорецепторів міокарда, стимуляції α_1 -адренорецепторів судин і викликає підвищення серцевого викиду, загального периферичного опору, систолічного та діастолічного тиску. Симпатична активація призводить до підвищення АТ не лише шляхом вазоконстрикції, а й унаслідок ниркових, трофічних, метаболічних ефектів, а також впливу на іонний транспорт.

Для зменшення активності симпатико-адреналової системи застосовують вплив на синокаротидні зони методами короткохвильової діатермії, синусоїдально-модульованими та діадинамічними струмами, електроімпульсною терапією, низькочастотною магнітотерапією. Дані методи впливу покращують функціональний стан ре-

цепторів синокаротидної зони, підкіркових відділів головного мозку водночас із сприятливою дією на церебральну гемодинаміку та гіпотензивним ефектом [3, 4, 16].

Вплив на комірцеву зону, яка є рефлексогенною зоною ЦНС (зони Захар'їна—Геда), зменшує симпатичний вплив на серце шляхом висхідного впливу на ретикулярну формацію, на рівні якої формується симпатична іннервація. Застосовується низькоінтенсивне лазерне випромінювання, низькочастотна магнітотерапія, синусоїдально-модульовані струми, СМХ- та ДМХ-терапія, УВЧ-терапія, дарсонвізація [4, 19].

Покращення ниркової гемодинаміки, модуляція РААС досягаються впливом на ділянку проєкції нирок (Th_x-L_{IV}) наступних фізичних факторів: ультразвуку, гальванізації, синусоїдально-модульованих струмів (діадинамотерапії, ампліпульстерапії), ДМХ-терапії, високочастотної та низькочастотної магнітотерапії. Наслідком цього впливу є зниження опору ниркових судин, збільшення ефективного ниркового кровотоку, нормалізація активності РААС. Спостерігається покращення електролітного обміну, зменшення вмісту натрію у судинній стінці, зниження загального периферичного судинного опору та зменшення внутрішньоклітинного об'єму рідини [11, 16].

Клініко-функціональний підхід — це цілеспрямований вибір факторів, дія яких спрямована на регенерацію ушкоджених тканин, розрішення патологічного процесу, ліквідацію його залишкових явищ і відновлення порушених функцій різних органів і систем.

У фізіотерапії існує можливість місцевого впливу фізичного фактора безпосередньо на патологічне вогнище, сегментарного — на рефлексогенні зони та ділянки сегментарно-метамерної іннервації, а також загального впливу на цілісний організм. Залежно від ділянки впливу реалізуються переважно специфічні або неспецифічні ефекти. Вірогідність специфічних ефектів вище при місцевому та сегментарному, а неспецифічних — при генералізованому впливі.

В основі даного принципу лежить тісний зв'язок загальних, сегментарно-рефлекторних і місцевих реакцій організму, викликаних лікувальним фізичним фактором. Дана дія обумовлена особливостями організації систем регуляції функцій організму, а саме тісним взаємозв'язком шкіри з внутрішніми органами, а також локалізацією центральних ланок регуляції вісцеральних функцій у головному мозку. Використовуючи даний принцип, можна прогнозувати спрямованість лікувальної дії, виходячи з її інтенсивності, локалізації та площі.

При призначенні фізичних факторів необхідно використовувати індивідуальний підхід, а саме: враховувати вік, стать та конституцію пацієнта, наявність факторів ризику, ступінь ушкодження органів-мішеней, супутні захворювання та індивідуальні протипоказання до застосування конкретної фізіотерапевтичної процедури, базову медикаментозну терапію, поліморфізм основних патогенетичних механізмів розвитку патологічного процесу, рівень вихідного стану функцій основних систем організму.

Зважаючи на вищенаведене, ми виклали дані фізичних методик профілактики та лікування ГХ у табл. 1 для ефективного, а головне, швидкого підбору даних методик для пацієнта.

Найбільш виражений позитивний ефект більшості фізичних факторів настає в результаті проведеного курсового лікування. При цьому в організмі запускаються механізми довгострокової адаптації, «структурний слід» якої посилює ефекти повторних лікувальних впливів. Фізичний фактор, потрапляючи до організму людини, взаємодіє з молекулярними, субклітинними, клітинними, тканинними й органами мішенями. Ці впливи, будучи пусковими, призводять до змін у перебігу багатьох біохімічних реакцій, модифікації стану фосфоліпідних мембран, підвищення або зниження міжмолекулярної взаємодії. Для досягнення відчутних фізіологічних та лікувальних результатів потрібне накопичення кількісних та якісних змін у метаболізмі, тобто накопичення курсової дози фізичного фактора. Морфофункціональні зміни, що виникають після початкової процедури, зростають та закріплюються наступними. Сумація лікувальних ефектів забезпечує тривалу післядію курсу фізіотерапії.

У процесі курсу лікувальних процедур у пацієнтів, як правило, формуються три основних типи реакцій: 1-й тип — з погіршенням клініко-функціональних показників після 3–5-ї процедури і наступною позитивною динамікою; 2-й тип — з поступовим монотонним покращенням клініко-функціональних показників; 3-й тип — з повільним немонотонним і незначним їх покращенням. Реакція 1-го типу може свідчити про потребу в більш детальному вивченні програми лікування пацієнта та її корекції. Слід також враховувати, що віддаленні результати застосування певних фізичних факторів у деяких випадках є сприятливішими, ніж безпосередні. Період післядії для більшості електро- та фотолікувальних факторів становить від 2 тиж до 4 міс.

Фізичні фактори володіють різною терапевтичною ефективністю. Отже, параметри лікувального фактора і методика його застосування

Таблиця 1. Фізіотерапевтичні методи зниження артеріального тиску

Фізичний фактор	Лікувальна дія	Показання	Протипоказання	Методи
Гальванізація	Судинорозширювальна, секреторна (на катоді), седативна, ліфодренуюча, міорелаксуюча, дегідратуюча, гіпоалгезивна (на аноді), каталітична, цитолітична	Гіпертонічна хвороба I та II стадії, невротичні стани при вегетативних розладах та порушенні сну, вертеброгенні захворювання нервової системи	Гіпертонічна хвороба III стадії, клінічно значущий атеросклероз (ХС), нестабільна стенокардія, стабільна стенокардія III і IV ФК, ішемічний інсульт, дисциркуляторна енцефалопатія), недостатність кровообігу II і III стадії	Загальна гальванізація і електрофорез (за Вермелем) Гальванічний «комірць» за Щербаком та електрофорез комірцевої зони Гальванізація та медикаментозний електрофорез ділянки шийних симпатичних вузлів Гальванізація та медикаментозний електрофорез ділянки серця Гальванізація ділянки шийних симпатичних вузлів
Електросон	Снодійна, седативна, антиангінальна, гіпотензивна, вегетостабілізувальна, спазмолітична, трофічна, секреторна, імуномодуюча	Гіпертонічна хвороба I та II стадії, ХС: стабільна стенокардія незалежно від ФК, початковий період реабілітації хворих, що перенесли інфаркт, психосоматичні стани, синусова тахікардія, екстра-систолічні порушення ритму, нейроциркуляторна дистонія, дисциркуляторна енцефалопатія, гіпоталамічні синдроми, ендокринопатії та атеросклеротичні оклюзії периферичних артерій, клімактеричний синдром, неврози, тривале емоційне напруження при розумовій та фізичній перевтомі	Гіпертонічна хвороба з кризовим перебігом, стенокардія спокою, серцева недостатність ІІБ—III стадії, запальні та дистрофічні захворювання очей, відшарування та пігментне переродження сітківки, застійні явища в ділянці диска зорового нерва, висока ступінь короткозорості, глаукома, катаракта при залишкових явищах порушення мозкового кровообігу, декомпенсовані пороки серця	Седативна методика
Діадинамотерапія	Спазмолітична, судинорозширювальна, капіляростабілізувальна, міонейростимулювальна, знеболювальна, трофічна	Гіпертонічна хвороба I та II стадії із супутньою дисциркуляторною енцефалопатією та II ступеня, стабільна стенокардія I і II ФК, облітеруючі хвороби судин, ангіоспазми, захворювання периферичної нервової системи (неврити, нейроміозити, плексити, радикуліти, невралгії), що супроводжуються больовим синдромом, порушенням кровообігу і трофіки. ДДТ можна призначати через 1—3 тиж після транзиторної ішемічної атаки	Схильність до кровотеч, тромбоемболії, жовчокам'яна хвороба	Вплив на ділянку шийних симпатичних вузлів Вплив на больові точки та паравертебральні зони в потиличній зоні
Ампліпульс-терапія	Нейроміостимулювальна, аналгетична, судинорозширювальна, трофостимулювальна	Гіпертонічна хвороба I та II стадії, гіпертензивна нефропатія, ХС, стенокардія I та II ФК, недостатність кровообігу I ступеня, атеросклеротичний кардіосклероз, атеросклеротична облітерация судин кінцівок, порушення жирового обміну екзогенно-конституційного характеру, цукровий діабет	Порушення серцевого ритму у вигляді синусової брадикардії (< 50 на 1 хв), часта екстрасистоля, миготлива аритмія, порушення провідності у вигляді атріо-вентрикулярної блокади I і II ступеня, блокади ніжок пучка Гіса, виражена вегетативно-ендокринна дисфункція, клінічно значимий атеросклероз судин головного мозку, імплантовані електрокардіостимулятори	Вплив на больові точки та паравертебральні зони в потиличній зоні Вплив на ділянку шийних симпатичних вузлів Вплив на комірцеву зону Вплив на ділянку шийних симпатичних вузлів
Дарсонвалізація	Судинорозширювальна (тихий розряд), аналгетична, протисвербіжна, венотонічна, трофостимулювальна, бактерицидна (искровий розряд)	Вазоспастична стенокардія, Х-синдром, невралгії, НЦД, клімактеричний невроз	Інфаркт міокарда, стан після інфаркту впродовж 6 міс	Дарсонвалізація комірцевої зони Дарсонвалізація ділянки шийних симпатичних вузлів Дарсонвалізація ділянки серця Місцева дарсонвалізація голови
Магнітотерапія	Судинорозширювальна, протизапальна, трофостимулювальна, протинабрякова, гіпотензивна	Гіпертонічна хвороба I, II та III стадії, дисциркуляторна енцефалопатія I ступеня, транзиторне порушення мозкового кровообігу, ХС: стабільна стенокардія I та II ФК, постінфарктний кардіосклероз, метеочутливість	Гостре порушення мозкового кровообігу, виражена гіпотензія, наявність імплантованих кардіостимуляторів	Вплив на зону проєкції вегетативних гангліїв шийно-грудного відділу на рівні С5—Т1IV Вплив на ділянку проєкції серця Вплив на лобну ділянку Вплив на комірцеву зону Вплив на ділянку шийних симпатичних вузлів

Фізичний фактор	Лікувальна дія	Показання	Протипоказання	Методи
Лазерна терапія Низькоінтенсивна	Противапальна, антиексудативна, антиоксидантна, судинорозширювальна, катаболічна (інфрарозове випромінювання), репаративно-регенеративна, цитопротекторна, гіпоалгезивна, імуномодуюча, гіпокоагулююча, анаболічна (інфрачервоне випромінювання)	Гіпертонічна хвороба I, II та III стадії, а також у поєднанні із шийно-грудним остеохондрозом (з больовим та судинним синдромом), дисциркуляторна енцефалопатія I ступеня, транзиторне порушення мозкового кровообігу, ІХС: стабільна стенокардія I і II ФК, постінфарктний кардіосклероз, міокардіодистрофія, цукровий діабет, облітеруючий атеросклероз нижніх кінцівок. Рідкі екстрасистоли, миготлива аритмія при недостатності кровообігу не вище I стадії та II стадії не є протипоказанням	Гостре порушення мозкового кровообігу, виражена гіпотензія, наявність імплантованих кардіостимуляторів, кризовий перебіг ГХ, недостатність кровообігу II та III стадії, цукровий діабет у стадії декомпенсації	Рефлексотенні зони Паравертебрально Внутрішньовенна лазеротерапія
Ультразвукова терапія	Репаративно-регенеративна, фібриномолуюча, катаболічна, спазмолітична, дефіброзуюча	Гіпертонічна хвороба I та II стадії, атеросклеротичні оклюзії нижніх кінцівок у стадії компенсації і субкомпенсації	Тромбофлієбіти, гіпертонічна хвороба III стадії, ІХС: постінфарктний кардіосклероз із частими нападами стенокардії, аритмії (екстрасистоли високих градацій, миготлива аритмія), аневризма серця та аорти, стенокардія напруження III і IV ФК, недостатність кровообігу II та III стадії	Паравертебрально На рефлексотенні зони На ділянці ураження Фонофорез
Мікрохвильова терапія: ДМХ, СМХ, ММХ	Противапальна, секреторна (гормоностимулювальна), судинорозширювальна, імунодепресивна, катаболічна, ензимостимулювальна, репаративно-регенеративна	Гіпертонічна хвороба I та II стадії, ІХС: стабільна стенокардія I та II ФК, стан після перенесеного інфаркту міокарда через 4 тиж від його початку за відсутності тяжких ускладнень і недостатності кровообігу вище ІІА стадії, зі стенокардією напруження без неї, за відсутності прогностично несприятливих порушень ритму і провідності, ревматизм не вище II ступеня активності, в тому числі і в поєднанні з вадодо мігральною клапана серця і комбінованою мігрально-аортальною вадодою при недостатності кровообігу не вище I ступеня, без порушення ритму, дегенеративно-дистрофічні захворювання, без порушення ритму, дегенеративно-дистрофічні захворювання	Гострий інфаркт міокарда, важкий перебіг ІХС із частими нападами стенокардії, стенокардія спокою, серцева астма, аневризма серця і судин, часті пароксизмальні порушення ритму, недостатність кровообігу вище II ступеня, набряки тканин у місці впливу, тиреотоксикоз, вагітність, схильність до кровотеч	Вплив на ділянку нирок

повинні бути оптимальними, тобто максимально відповідати характеру і фазі патологічного процесу. Вибір оптимального методу має бути синдромно-патогенетичним.

У клінічній практиці існують синдроми, при яких використання фізичних факторів протипоказане [4]. До них належать:

- геморагічний, мієлопластичний, гіпертермічний синдроми;
- системна (серцева, судинна, дихальна, ниркова і печінкова) і поліорганна недостатність (загальний тяжкий стан хворого) високого ступеня;
- кахектичний, епілептичний, істеричний, психомоторний синдроми;
- дисциркуляторна енцефалопатія I—III ступенів.

Фізіотерапія повинна відповідати поточному стану хворого. Цей принцип потребує постійної корекції параметрів застосовуваних фізичних факторів упродовж усього періоду лікування хворого, оскільки з часом початкові призначення вже не відповідають фазі патологічного процесу і стану хворого.

Динамічне використання лікувальних фізичних факторів має на меті різноманітні варіанти їх застосування на різних стадіях лікувального процесу і потребує послідовності в проведенні фізіотерапії з урахуванням попереднього та супутнього лікування.

Питома вага фізіотерапевтичної допомоги на етапах медичної реабілітації різниться і суттєво збільшується в період активного відновлення працездатності тоді, коли вирішено завдання збереження життя і функцій ушкоджених органів. На стаціонарному етапі вона становить 10–30 %, на поліклінічному – 40–60 %, на санаторно-курортному – близько 80 %.

При комплексному застосуванні фізичних факторів та гіпотензивних засобів дозування останніх має перебувати під постійним контролем лікаря. Хворі повинні отримувати добову дозу ліків, зменшену на 25–30 %. При комплексному застосуванні вибір фізіотерапевтичного методу диктується фармакологічними властивостями гіпотензивного препарату.

Таблиця 2. Можливі комбінації фізіотерапевтичних методів

Фізіотерапевтичний метод	Поєднання методів	Комбінація методів
Електрофорез	Індуктотермоелектрофорез, електрофонофорез, вакуум-електрофорез, кріоелектрофорез, лазероелектрофорез, магнітоелектрофорез	Ультразвук, мікрохвильова терапія, магнітні поля, термолікувальні фактори
Діадинамотерапія	Діадинамоіндуктотермія, діадинамопелюїдотерапія, діадинамофонофорез	
Ампліпульстерапія	Ампліпульсфорез, ампліпульспелюїдотерапія, кріоампліпульсфорез, ампліпульсфонофорез	
Дарсонвалізація	Вакуум-дарсонвалізація	
Магнітотерапія низькочастотна	Магнітофорез, магнітолазерна терапія, фотоманітотерапія, магнітофонотерапія, вібромагнітотерапія, термомагнітотерапія, кріомагнітотерапія	Лазеротерапія, електрофорез, ультразвукова терапія
Дециметровхвильова терапія Сантиметровхвильова терапія		Постійний та імпульсний струм, ультрафіолетове та лазерне випромінювання, ультразвук
Лазеротерапія	Магнітолазеротерапія, лазероелектрофорез, фонолазеротерапія, лазерний душ	Магнітотерапія, ультразвукова терапія
Ультразвукова терапія		Мінеральні ванни, пелюїдотерапія, теплотерапія, ампліпульстерапія

Комплексний вплив лікувальних фізичних факторів має високу терапевтичну ефективність у порівнянні з монофакторним впливом. Принцип комплексного впливу здійснюється в поєднаній та комбінованій формах. Поєднане лікування дозволяє одночасно впливати на патологічну ділянку кількома фізичними факторами одночасно і буває потенціуючим (дія одного фізичного фактора на орган потенціується іншим — магнітно-лазерна терапія, медикаментозний електрофорез) або компарантним (фізичні фактори діють на різні ланки патогенезу — індуктопелюїдотерапія, інтерференц-пелюїдотерапія). Комплексне лікування дозволяє посилити ефект, притаманний окремим фізичним факторам, шляхом сумачії й потенціювання дії, виявляти нові лікувальні ефекти, ослаблювати небажані ефекти одного за рахунок іншого, впливати на різні сторони патологічного процесу і збільшити період післядії.

Висока ефективність комплексного лікування фізичними факторами базується на синергізмі, потенціюванні, виявленні нових лікувальних ефектів, усуненні небажаних ефектів одного фактора іншим, впливі на більшу кількість систем і ланок патологічного процесу, довготривалості післядії.

Ефективність курсу лікувальних процедур залежить не від включення в нього більшої кількості процедур, а від знань та вміння лікаря використовувати лікувальні фізичні фактори для різнобічного впливу на пато- і саногенез основного захворювання та супутньої патології. Найбільш раціональним є застосування комплексу процедур загальної та місцевої дії, при якому місцеві процедури призначаються перед

загальними для посилення локальних реакцій. Не рекомендується призначати в один день дві загальних процедури і більше трьох процедур загалом, використовувати фактори-антагоністи, пригнічуючі та збуджуючі ЦНС. Неприпустимо застосовувати різноспрямовані процедури (наприклад, теплові й охолоджуючі), дві процедури на одну рефлексогенну або проєкційну зону. Не можна в один день і на одній ділянці застосовувати фактори, подібні за видом енергії, а також із вираженим нейростимулювальним ефектом. Зібрані дані щодо комбінацій фізіотерапевтичних методів відображені в табл. 2.

Останніми роками з'явилися високоефективні фізичні лікувальні фактори, які повинні доповнювати арсенал класичних методів лікування і реабілітації пацієнтів з АГ.

Висновки

1. Фізіотерапевтичне лікування застосовується не лише для зменшення проявів симптомів або синдромів, а й має патогенетичну спрямованість.

2. Призначати фізіотерапевтичні процедури потрібно лише після повної клінічної оцінки характеру перебігу основного захворювання, наявності супутніх хвороб та ускладнень.

3. Дозування фізичних процедур повинно бути суворо індивідуальним з урахуванням усіх можливих застережень та протипоказань.

4. Фізичні фактори (природні та преформовані) не відмінюють інші засоби лікування та реабілітації. При комплексному застосуванні вони можуть посилювати їх дію, а при розширенні реабілітаційного потенціалу набувати більш самостійного значення.

Список літератури

- Абрамович С.Г., Холмогоров Н.А., Федотченко А.А. Немедикаментозная терапия и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: современные технологии, оценка качества и эффективности санаторно-курортного лечения.— Иркутск: ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН, 2008.— 309 с.
- Бондаренко Н.В. Перспективы применения электрических токов у лиц молодого возраста с артериальной гипертонией / Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія.— 2011.— № 4.— С. 43—46.
- Гафиятуллина Г.Ш. Физиотерапия: учебное пособие.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.— 272 с.
- Кабалова Ж.Д., Котовская Ю.В., Моисеев В.С. Артериальная гипертония. Ключи к диагностике и лечению.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.— 864 с.
- Кардиореабилитация / Под ред. Г.П. Арутюнова.— М.: МЕДпресс-синформ, 2013.— 336 с.
- Князева Т.А., Бадтиева В.А. Физиобальнеотерапия сердечно-сосудистых заболеваний: Практическое руководство.— М.: МЕДпресс-информ, 2008.— 272 с.
- Кульчицкая Д.Б. Технологии восстановительной медицины в коррекции микроциркуляторных нарушений у больных артериальной гипертонией // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры.— 2009.— № 5.— С. 9—11.
- Куприянова О.О. Фізіотерапевтичні та фізіопунктурні методи і їх практичне застосування // Навч.-метод. посібник, 2-е вид., доп. і перероб.— К., 2004.— 316 с.
- Лазерная терапия и профилактика / Под ред. А.В. Картелишева, А.Г. Румянцева, А.Р. Евстигнеева, А.В. Гейница, С.В. Усова.— М.: Практическая медицина, 2012.— 400 с.
- Медична та соціальна реабілітація: навчальний посібник / За ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакулєнка.— Тернопіль: ТДМУ, 2005.— 402 с.
- Мисюра О.Ф., Шестаков В.Н., Зобенко И.А., Карпунин А.В. Санаторная кардиологическая реабилитация.— СПб: СпецЛит, 2013.— 192 с.
- Никифорова Т.И., Лебедева О.Д., Рыков С.В., Белов А.С. Современные комплексные технологии реабилитации и профилактики у больных артериальной гипертензией // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры.— 2013.— № 6.— С. 52—58.
- Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия // Учебник, 5-е изд., перераб. и доп.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.— 368 с.
- Реабилитация кардиологических больных / Под ред. проф. К.В. Лядова, В.П. Преображенского.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.— 288 с.
- Самойленко В.Б., Яковенко Н.П., Петряшев І.О. та ін. Медична і соціальна реабілітація: підручник. — К.: ВСВ «Медицина», 2013.— 464 с.
- Сіренко Ю.М. Гіпертонічна хвороба і артеріальні гіпертензії.— Донецьк: Видавець Заславський А.Ю., 2011.— 288 с.
- Техника и методики физиотерапевтических процедур / Под ред. проф. В.М. Боголюбова.— М.: ОАО «ТОТ» Ржевская типография.— 2011.— 404 с.
- Федорів Я.-Р. М., Філіпюк А.Л., Грицько Р.Ю. Загальна фізіотерапія // Навч. посібник.— К.: Здоров'я, 2004.— 224 с.
- Физиотерапия: национальное руководство / Под ред. Г.Н. Пономаренко.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.— 864 с.

И.П. Гуменюк

Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И. Пирогова

Принципы профилактического и лечебного применения преформированных физических факторов при артериальной гипертензии

Работа посвящена вопросам использования средств физиотерапевтической реабилитации больных с артериальной гипертензией. Принципы немедикаментозного лечения и реабилитации основаны на использовании преформированных физических факторов на фоне базисной терапии по протоколам. Приведены данные о повышении эффективности лечения пациентов с артериальной гипертензией путем комплексного воздействия на организм пациента, а также значительном влиянии физиотерапевтических методов лечения и реабилитации на патогенетическое звено развития гипертонической болезни, что позволяет уменьшить дозы лекарственных средств и улучшить качество жизни пациентов.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, медицинская реабилитация, преформированные физические факторы.

I.P. Gumeniuk

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya

The principles of preventive and treatment use of the preformed physical factors at arterial hypertension

The article is dedicated to the use of physiotherapeutic rehabilitation of patients with arterial hypertension. The principles of non-drug treatment and rehabilitation are based on the use of preformed physical factors against the background of the basic treatment protocols. The authors presented data on the improvement of treatment efficacy in patients with arterial hypertension by means of integral action on a patient, as well as significant impact of physiotherapeutic method of treatment and rehabilitation on the pathogenetic link of hypertension, thus making it possible to reduce the dose of drugs and improve the quality of life of patients.

Key words: hypertension, medical rehabilitation, preformed physical factors.