

УДК 615.8:615.322

Присяжнюк О.А.¹, Подакова А.Д.²

¹ канд. хім. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр. УФКСз 221м НУ «Запорізька політехніка»

ВИКОРИСТАННЯ ФІТОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНІЙ ПРОГРАМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Серцево-судинна патологія посідає перше місце серед причин смертності, інвалідності та непрацездатності населення. Артеріальна гіпертензія є найбільш поширеним хронічним захворюванням, яке призводить до розвитку різноманітних ускладнень серця та судин.

Поширеність гіпертензії до 2025 року має збільшитися до 1,56 млрд, що робить це захворювання серйозною проблемою охорони здоров'я [1, 2].

Артеріальна гіпертензія (АГ) – стійке підвищення систолічного артеріального тиску до 140 мм рт.ст. і вище та/або діастолічного артеріального тиску – до 90 мм рт.ст. і вище. Тривалий час захворювання перебігає без жодних клінічних ознак, але при прогресуванні – можуть з'являтися скарги на неспецифічний ранковий головний біль, запаморочення, шум у вухах. В подальшому розвитку гіпертонічної хвороби суттєве значення має фізична активність: оптимальний її рівень уповільнює розвиток захворювання, недостатній – значно прискорює [3].

Незважаючи на гемодинамічні, а також метаболічні і гормональні особливості жіночого організму, немає підстав говорити про будь-які значні розходження в патофізіології АГ у жінок в порівнянні з чоловіками. Не спостерігається також істотних статевих відмінностей щодо ураження органів-мішеней. До додаткових ризиків розвитку АГ відносять тривале використання оральних контрацептивів. Жінкам, що приймають оральні контрацептиви, необхідно регулярно контролювати АТ, а у разі розвитку АГ рекомендується застосування альтернативних методів контрацепції.

Якщо у хворих з м'якою формою ГХ, рівень систолічного АТ становить 140-180 мм рт.ст., діастолічного - не перевищує 105 мм рт.ст., не проводити цілеспрямоване лікування, то у 50% хворих м'яка гіпертензія трансформується у більш важку форму. Сучасні підходи до вибору способу лікування базуються на факторах ризику, ступеню впливу на органи-мішені, а також на супутніх патологічних станах хворих, які разом мають не менший вплив ніж підвищений АТ. Тому зважаючи на низький і середній ступінь ризиків, хворим рекомендовано призначення програм немедикаментозного зниження АТ протягом досить тривалого періоду – від 3 до 12 місяців.

Метою дослідження було аналіз можливості включення в комплексну програму немедикаментозної терапії жінок з АГ додаткових фітотерапевтичних засобів.

Аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури свідчить про те, до комплексної програми фізичної терапії включають різні форми ЛФК; лікувальний масаж; гідрокінезотерапію; аутогенне тренування; раціональний режим праці і відпочинку; ближній туризм; дотримання дієти (обмежене споживання солі до 6 г/добу, регулювання споживання вуглеводів та ліпідів, регульоване підвищення споживання продуктів багатих на калій, магній, кальцій). В комплексах лікувальної гімнастики перевагу віддають, насамперед, вправам, що врівноважують процеси збудження й гальмування в центральній нервовій системі, а також сприяють нормалізації механізмів регуляції судинного тону. До таких спеціальних вправ відносяться динамічні (ізотонічні), вправи на розслаблення м'язів, дихальні вправи.

Значний гіпотензивний ефект забезпечують вправи, що стимулюють екстракардіальні фактори гемодинаміки та поліпшують кровообіг у судинах головного мозку – це циклічні вправи аеробного характеру [3].

Використання спрямованої комбінованої гіпотензивної терапії разом з фітотерапією дозволить більш ефективно контролювати АТ та вплинути на ключові ланки патогенезу АГ. Основними напрямками фітотерапії є:

- зняття нервово-психологічного перенапруження, стабілізація роботи судинного центру. Використовують лікарські рослини, що мають седативну дію (валеріана лікарська, собача кропива серцева, хміль звичайний, меліса лікарська, м'ята перцева, синюха блакитна, півонія поникла);

- зниження артеріального тиску. Серед рослинної сировини виділяють рослини з β -адреноблокаторною активністю (арніка гірська, багно болотяне, барбарис звичайний, омела біла, сухоцвіт болотяний); з резерпіноподібною дією (барвінок малий, магнолія, аронія, астрагал шерстистоквітковий); з діуретичною дією (береза бородавчаста, спориш, кукурудзяні приймочки, вовчуг колючий, листя чорниці);

- боротьба з гіпоксією. Найбільш ефективними є меліса лікарська, сухоцвіт болотяний, береза бородавчаста;

- профілактика атеросклерозу. Серед низки рослин виділяють: глід колючий, смородина чорна, софора японська, обліпіха крушиновидна, спиртові настоянки цибулі (аллілчеп) та часнику, рута запашна [4].

Фітотерапевтичні комплекси, що забезпечують всі основні напрямки терапії, складають з урахуванням гемодинамічних порушень. Для хворих підбирають 2-4 рецептури, які змінюють кожні 2 місяці, забезпечуючи безперервність терапевтичного впливу протягом тривалого часу.

Різноманіття та потенціал доступних лікарських рослин дозволяє ефективно доповнювати комплекс немедикаментозних засобів терапії жінок з артеріальною гіпертензією. Практика показала, що лікарські форми з рослин мають ряд переваг, серед яких: низка токсичність та безпечність; значна широта терапевтичного спектру дії; поступовість нарощування фармакологічного ефекту; доступність та економічна привабливість.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Коваленко В.Н. (ред.). Руководство по кардиологии. К.: Морион, 2008. 1404 с.
2. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis: World Health Day. 2013. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/79059>
3. Фізична реабілітація, спортивна медицина: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / В. В. Абрамов, В. В. Клапчук, О. Б. Неханевич та ін.; за ред. проф. В. В. Абрамова та доц. О. Л. Смирнової. Дніпропетровськ: Журфонд, 2014. 456 с.

4. Рекомендації Української Асоціації Кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. 2011 рік. Режим доступу: <https://www.webcardio.org/rekomendatsiji-ukrajinsjkoji-asotsiatsiji-ardiologhiv--z-profilaktiki-ta-likuvannya-arterialjnoji-ghipertenziji-2011rik.aspx>