

Філак Ф.Г., Філак Я.Ф. Фізична терапія хворих на виразкову хворобу 12-палої кишки в умовах санаторію /Ф.Г.Філак, Я.Ф. Філак. Мат. 74-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу Факультет здоров'я та фізичного виховання УжНУ, 25 лютого 2020. – Ужгород. – С. 46 – 47. м. Ужгород 25

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ 12-ПАЛОЇ КИШКИ В УМОВАХ САНАТОРІЮ.

Філак Ф.Г., Філак Я.Ф.

ДВНЗ УжНУ, факультет здоров'я та фізичного виховання, кафедра наук про здоров'я, м. Ужгород

Ключові слова: виразкова хвороба, фізична терапія,

Вступ. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (ВХДК) відноситься до найбільш поширених захворювань травної системи і залишається важливою медичною і соціально-економічною проблемою сучасного періоду. За даними різних авторів, близько 15% дорослого населення протягом життя хворіє виразками шлунку та дванадцятипалої кишки. Патогенетичні механізми виразкового ураження шлунка і дванадцятипалої кишки різні і до кінця не з'ясовані. Визначення ролі *Helicobacter pilori* у виразкоутворенні є визначним досягненням, але не в змозі дати вичерпної відповіді на всі проблемні запитання. Багато вчених вказують на роль психогенних факторів у його розвитку. Суттєве значення надається порушенню психічної адаптації у розвитку виразкової хвороби та надмірному психоемоційному напруженні [7]. Поширені дослідження, метою яких є пошук причин виникнення виразкової хвороби в самій особистості, в її індивідуально-психологічній структурі. Робляться спроби виділити певні риси характеру, які у своєму розвитку можуть призвести до появи захворювання. У зв'язку з цим велике значення мають дослідження, які шукають причини ускладнення виразкової хвороби в самій особистості, в її індивідуально-психологічній структурі.

У зв'язку з рецидивуючим характером захворювання в системі лікувально-профілактичних заходів велике значення має реабілітаційні процеси в профілактиці рецидивів. Літературні дані свідчать про те, що в останні роки велика увага приділяється етапному лікуванню та реабілітації хворих на виразкову хворобу шлунку та дванадцятипалої кишки, при цьому важливе значення надається лікувальній фізичній культурі, що є важливою складовою частиною реабілітаційних заходів на всіх етапах лікування

Мета: удосконалити комплексну програму з використанням засобів фізичної терапії хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки на санаторному етапі.

У завдання дослідження входило: аналіз літературних джерел з проблем фізичної терапії хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, розробка і проведення програми комплексної фізичної реабілітації для хворих на ВХДК на санаторному етапі лікування. Оцінка впливу комплексної

програми реабілітації на клінічний стан і функціональні показники організму у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки.

Матеріали. Дослідження проведено у 30 хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки віком від 36 до 50 років, з них 24 чоловіків і 6 жінок.

При поступленні в санаторій «Орлине гніздо» хворі на виразкову хворобу були детально обстежені. Для оцінки ефективності комплексу санаторно-курортної реабілітації у поєднанні з засобами фізичної терапії використовували такі методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури, езофагогастродуоденоскопія.

Ендоскопічні дослідження дозволяють виявити у хворих на ВХДК у стадії ремісії або неповної ремісії вогнищеві і дифузні зміни слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки та різні моторно-евакуаторні порушення.

За даними опитування, 86,7% пацієнтів хворих скаржились на голодні болі в епігастрії, які зменшуються або зникають після прийому їжі. Печію, відрижку кислим або повітрям відзначали 70,0% пацієнтів, хворих на ВХДК. Ендоскопічне обстеження дозволило виявити вогнищеві і дифузні зміни слизової оболонки гастродуоденальної зони у хворих на ВХДК. При ендоскопічному обстеженні гастродуоденальної зони ерозивний гастродуоденіт виявлений у 26,6% хворих. Дуоденіт помірно виражений відповідно у 56,6% пацієнтів, виражений дуоденіт – у 16,7%. Гастрит помірно виражений виявлений у 70,0% хворих на ВХДК, виражений - у 30,0% хворих. У 33,3% хворих констатовано рубцеву деформацію цибулин дванадцятипалої кишки. Тобто до початку відновного лікування вираженість супутнього гастриту та дуоденіту, виявлених при ФГДС мали місце у всіх хворих на ВХДК.

Після проведеного обстеження призначали комплексну програму реабілітації, яка включала: РРГ, лікувальну гімнастику, внутрішній прийом мінеральної води Поляна Купіль, вуглекислі мінеральні ванни, сегментарно-рефлекторний масаж, який виконувався на фоні класичного масажу, ампліпульстерапію, теренкур.

В результаті проведення реабілітаційних заходів на фоні внутрішнього прийому мінеральної води Поляна Квасова вірогідно зменшилися голодні болі в епігастрії з 86,7% до 26,7%, печія зменшилися з 70,0% до 13,3%. В результаті проведених реабілітаційних заходів вираженість супутніх виразковій хворобі дванадцятипалій кишці гастриту, дуоденіту вірогідно знизилась. Прояв ерозивного гастродуоденіту ендоскопічно знизився з 26,6% до 6,6%. Помірно виражений гастродуоденіт - з 56,6% до 20,0%, гастрит помірно виражений відповідно – з 70,0% до 26,7%. Виражені зміни дуоденіту та гастриту після реабілітації виявляли відповідно у 6,6% хворих на ВХДК. Таким чином проведені дослідження свідчать що запропонована комплексна програма реабілітації є ефективною у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки в стадії ремісії і неповної ремісії в основній групі.

Висновки. 1. Провівши аналіз літературних джерел та обстеження хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки у стадії ремісії або неповної ремісії можна стверджувати, що ВХДК займає одне з провідних місць серед захворювань органів травлення і найбільш характерною клінічною ознакою є голодні нічні болі та печія, яку відзначали

відповідно 86,7% і 73,3% пацієнтів та наявність супутнього гастриту, дуоденіту, виявлених при ФГДС.

2. Ефективність призначення лікувальної фізичної культури в комплексній санаторно-курортній реабілітації підтверджує позитивна динаміка клінічних показників, результати ендоскопічного обстеження після проведеного курсу відновного лікування.

Статті 2021 р.

1. **Філак Ф.Г.** Розвиток дрібної моторики у дітей дошкільного віку з розладами аутичного спектру/ World science:problems, prospects and innovations //Abstracts of International Scientific and Practical Conference Toromto, Canada 27-29 January 2021.S. 1154-1158.

РОЗВИТОК ДРІБНОЇ МОТОРИКИ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ

Філак Фелікс Гернгійович

канд.мед. наук, доцент

УДВНЗ «Ужгородський національний університат»

М. Ужгород, Україна

felix.filak@uzhnu.edu.ua

Анотація./Annotation. Дитячий аутизм є одним з найбільш важких порушень психофізичного розвитку. В поведінці таких дітей характерна байдужість або захисна реакція стосовно "нормальних" пропозицій контакту, спілкування, напружено-боязлива прихильність до певних щоденних процедур, однобічність, недостатній розвиток фізичних, розумових та творчих здібностей та неготовністю до практичних вимог життя. Доведено, що функціональні можливості загальної та дрібної моторики не відповідають віковому розвитку аутичної дитини.

Ключові слова: дитячий аутизм, дрібна моторика, аутичний спектр, фізичний розвиток.

Вступ. /Introductions. З клінічного погляду дитячий аутизм є одним з найбільш важких порушень психофізичного розвитку, яке характеризується нездатністю хворої дитини до взаємодії з зовнішнім світом, налагоджувати відносини з іншими людьми та адаптації в суспільстві. В поведінці таких дітей

характерна байдужість або захисна реакція стосовно "нормальних" пропозицій контакту, спілкування; напружено-боязлива прихильність до певних щоденних планів і процедур, однобічність, недостатній розвиток фізичних, розумових та творчих здібностей та неготовністю до практичних вимог життя. Сучасні наукові дослідження показали, що за вчасної діагностики у ранньому віці можливі ефективні втручання, які дозволяють значно покращити прогноз розвитку дитини з РСА, можливість соціальної інтеграції у майбутньому. Вважається, що аутична поведінка є інтегральним розладом з різною етіологією і патогенезом. З'ясування у кожному конкретному випадку механізмів його розвитку на клінічному етиопатогенетичному рівні має важливе практичне і теоретичне значення. Природу цього явища до сьогодні не вивчено, Навчання дітей з інвалідністю здійснюється за допомогою спеціальних методів, способів і в умовах, які максимально сприяють засвоєнню знань і соціальному розвитку.

Проблемі педагогічно-корекційних заходів присвячені праці багатьох вчених, практикуючих фахівців педагогів, психологів, разом з тим, недостатньо приділено увагу засобам фізичної терапії, розвитку комунікативних функцій для дітей молодшого шкільного віку. На сьогоднішній день залишається недостатньо вивченим питання фізичного розвитку, корекції дрібної моторики, координаційних здібностей дітей з розладами аутичного спектру. Функціональні можливості загальної та дрібної моторики не відповідають віковому розвитку аутичної дитини. У зв'язку з тим, що у процесі фізичного виховання можна достатньо ефективно розвивати комунікативні здібності у дітей, зроблено припущення, що цілеспрямоване використання групових спеціальних фізичних вправ, які потребують злагоджених колективних дій, які здатні покращити дрібну моторику, як найоптимальнішого способу вирішення рухового завдання та дозволить покращити комунікативні можливості дітей з аутизмом. [11].

Мета роботи./Aim. Вивчити стан дрібної моторики у дітей молодшого шкільного віку з розладами аутичного спектру.

Матеріали і методи./Materials and methods. 15 дітей з розладами аутичного спектру віком 8-9 років із них 9 хлопців і 6 дівчат, які навчалися в інклюзивних класах шкіл. М. Ужгорода. З метою визначення динаміки розвитку дрібної моторики нами були проведені контрольні-педагогічні тестування дітей. Перед виконанням завдання кожній дитині демонструвалися хід його виконання. Пропонувалися такі завдання:

1. "Склади мозаїку". Перед дитиною викладається складена мозаїка, що складається з двох пазлів (дитина запам'ятовує картинку). Потім педагог розбирає мозаїку. Завдання: скласти мозаїку (з'єднати два пазли). Усе завдання складається з 3 мозаїк.

2. "Застебни гудзик". Завдання: застебнути гудзики. Спочатку покажіть дитині, як потрібно застібати гудзички коментуючи таким чином: "Великий гудзик ми застібаємо у велику петельку, середній гудзичок - в середню петельку, а маленьку - в маленьку".

3. "Шнурування". Знадобиться картон у вигляді черевика, в якому прорізає 6 отворів (як на черевиках) і шнурок. Завдання: необхідно зашнурувати "черевик".

4. "Конструювання з паличок". Знадобляться считальні палички одного кольору, намальовані на папері фігури (трикутник, квадрат, ромб). Завдання: необхідно палички для рахування покласти на лінії фігур.

В ході проведення дослідження фіксувалися наступні кількісні і якісні показники: правильність виконання кожного завдання, кількість правильно вирішених завдань до їх загального числа, типові помилки і утруднення, особливості дій випробовуваних, характер допомоги дітям з боку експериментатора.

Результати і обговорення./Results and discussion В результаті проведеного тестування 5 (33,3%) дітей з розладами аутичного спектру завдання "склади мозаїку" виконали самостійно, але досить повільно, для 10 (66,7%) – необхідна була допомога. Діти виконували завдання, повільно, невпевнено множиною неточностей Завдання «застебни гудзик» виконали

самостійно 9 (60,0%) дітей, 6 (40,0%) - необхідна була допомога. Завдання «шнурування» самостійно виконали 7 (46,7%) дітей, необхідна була допомога 8 (53,3%) пацієнтам. Завдання «конструювання з паличок» виконали відповідно 4 (26,7%), і 11 (73,3%) дітей з розладами аутичного спектру.

Висновки./Conclusions. 1. Обстеження рухової сфери дітей дало змогу засвідчити, що фізичний розвиток дітей з розладами аутичного спектру недостатній, загальмований, порушена плавність рухів, завдання виконується з множиною неточностей. Функціональні можливості загальної та дрібної моторики молодших школярів не відповідають віковому розвитку дитини з розладами аутизму. Для покращання дрібної моторики кистей і пальців рук, концентрації довільної уваги рекомендований спеціалізований комплекс вправ лікувальної гімнастики.

Список літератури.

1. Кузікова С. Б. Вікова психокорекція : навч. посіб. / С. Б. Кузікова. – К. : Главник, 2008. – 142 с.
2. Лесько О. М. Рухливі ігри для молодших школярів з затримкою психічного розвитку : навч.-метод. посіб. / О. М. Лесько В. Трач. – Л. : ЛДДФК, 2004. – 88 с.
3. Приватні методики адаптивної фізичної культури: Навчальний посібник / За ред. Л.В. Шапковой. - М.: Радянський спорт, 2004. - 464 с.
4. Синьов В.М., Матвєєва М.П., Рохліна О.П. Психологія розумово відсталої дитини /За ред.. В.М.Синьова. – К.: Знання, 2008. – 359 с.
5. Скрипник Т. В. Психологічна допомога дітям з аутизмом та їхнім батькам: навч.-метод. посіб. / Т. В. Скрипник. - К.: Вид. група «Шкільний світ», 2016. - 160 с.

Філак Я.Ф., канд. наук. з ФВіС, доцент;

Філак Ф.Г., канд. мед. наук, доцент

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Анотація. Обстежено 40 хворих на гіпертонічну хворобу в поєднанні з остеохондрозом хребта в амбулаторних умовах. Доведена ефективність щодо

застосування розробленого алгоритму лікувального масажу, який спрямований на покращання клінічних показників, нормалізацію артеріального тиску, амплітуди рухів хребта.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, остеохондроз хребта, лікувальний масаж, амплітуда рухів.

Abstract. 40 patients with hypertension combined with osteochondrosis in the outpatient setting were examined. The effectiveness of using this algorithm of therapeutic massage, which is aimed at improving clinical parameters, normalizing blood pressure of the amplitude of spinal movements, has been proved. Key words: hypertension, spinal osteochondrosis, therapeutic massage, amplitude of movements.

Вступ. Гіпертонічна хвороба переважає в структурі серцево-судинних захворювань. За статистичними даними, в Україні частка хворих на гіпертонічну хворобу серед пацієнтів з серцево-судинною патологією складає 40,6%. Гіпертонічна хвороба серйозно впливає на основні показники здоров'я населення, насамперед такі, як втрата працездатності, тривалість і якість життя, і в цілому на демографічну структуру населення. У таких хворих частіше розвиваються ішемічна хвороба серця і порушення мозкового кровообігу. Відбуваються також патологічні зміни серця, які мають несприятливе прогностичне значення в розвитку серцевої недостатності, виникненні інфаркту міокарда, різних аритмій [1, 4].

Остеохондроз хребта розглядають як одну із найбільш розповсюджених форм хронічного системного ураження сполучної і хрящової тканини, для якої характерні тотальність і одночасно нерівномірність уражень окремих відділів хребта. Головний фактор у дегенерації міжхребцевого диска - передчасне старіння, яке посилюється "легкими ударами нормального життя". Проведені дослідження показали, що понад 80% дорослого населення земної кулі відчуває біль у спині. Це захворювання за кількістю хворих поступається лише респіраторним інфекціям і посідає третє місце у світі. Остеохондроз хребта уражає найбільш працездатну частину населення і займає провідне місце щодо

втрати працездатності у загальній структурі захворюваності. Ці хвороби значно поширилися за останні десятиріччя в економічно розвинених країнах, стали головною причиною інвалідності та смертності [3, 5, 6].

Мета – розробити і впровадити алгоритм масажних технологій, одночасно спрямованих на корекцію поєднаних захворювань: гіпертонічної хвороби та хребта.

Завдання дослідження:

1. Розробити алгоритм лікувального масажу при поєднанні гіпертонічної хвороби I-II ступеня з остеохондрозом хребта в осіб працездатного віку.
2. Перевірити ефективність запропонованої методики масажу при поєднаних патологіях.

Хід дослідження та обговорення результатів. Ми провели спостереження у 40 хворих віком від 45 до 55 років, з них 15 чоловіків і 25 жінок, у яких діагностовано гіпертонічну хворобу I-II ступеня та остеохондроз хребта. Пацієнти були детально обстежені і проходили амбулаторне лікування у поліклінічному відділенні №1 м. Ужгорода. За даними опитування, практично всі хворі 100,0% в обох групах скаржилися на головні болі, болі в шийному і грудному відділах хребта. Запаморочення відзначали 85,0% пацієнтів, ниючі болі або болі колючого характеру в ділянці серця при фізичному навантаженні відзначали 75,0% пацієнтів. Пальпаторну болючість окремих м'язів шиї, плеча виявляли у 70,0% хворих. Загальну слабкість, дратівливість, підвищену втомлюваність відзначали 95,0% пацієнтів. Всім хворим проводили ЕКГ, визначали частоту серцевих скорочень, артеріальний тиск. Визначення рухливості хребта в шийному відділі хребта встановлювали за допомогою гоніометра та тесту Шобера. Тест Шобера: визначається відстань від горбка потиличної кістки до остистого відростка VII-ого шийного хребця. При дослідженні пульсу у хворих виявляється виражена лабільність і схильність до тахікардії. Середні показники ЧСС у пацієнтів у спокої становили 68 - 80 уд/хв. Середні показники систолічного артеріального тиску (САТ) становили $162 \pm 3,8$ мм рт. ст., а тиск діастолічний (ДАТ) – $98 \pm 2,3$ мм

рт. ст. Амплітуда рухів у шийному відділі хребта, а саме поворот голови вліво становив $56,8^\circ$; поворот голови вправо – $56,9^\circ$ (при нормі 85°). При проведенні тесту Шобера відстань від горбка потиличної кістки до остистого відростка VII-ого шийного хребця при згинанні становила $5,46 \pm 1.09$ см. при розгинанні 2.39 ± 0.77 см. Норма становить 8-10 см. при згинанні і 3-4 см. при розгинанні. Таке зниження амплітуди рухів в шийному відділі хребта оцінюється як помірне.

При проведенні лікувального масажу у пацієнтів з поєднанням гіпертонічної хвороби та остеохондрозу хребта головним завданням було зменшити м'язове напруження в ділянці комірцевої зони, шиї, що сприяло б зменшенню судинного тонуусу та покращенню периферійного кровообігу, зниженню артеріального тиску, покращенню функції серцево-судинної системи, нормалізації процесів збудження і гальмування центральної нервової системи. Для впливу на остеохондроз необхідно збалансувати м'язове напруження правої та лівої половини спини та покращити трофічні процеси в м'язово-кісткового апарату. Спрямований вплив лікувального масажу сприяє доцільному перерозподілу крові по органах і тканинах організму за рахунок зміни тонуусу не тільки м'язів, але і судин, стимулюючи захисні механізми, прискорюючи і удосконалюючи розвиток компенсації, покращуючи обмін речовин і репаративні процеси, відновлюючи порушені функції; перебудовується функціональний стан вегетативних центрів, які покращують трофіку внутрішніх органів і опорно – рухового апарату. Завдяки лікувальному масажу додатково розкривається велика кількість резервних капілярів, і АТ може знижуватися, бо зменшується периферійний опір і серцю потрібно виконати меншу роботу. Розвиток екстракардіальних факторів кровообігу, що виникає при проведенні масажу, також сприяє поліпшенню периферійного кровообігу.

Алгоритм проведення масажу, з урахуванням обох завдань, розроблено такий: починають масаж спини, використовуючи прийоми поверхневого і глибокого погладжування, в тому числі гребенеподібне, граблеподібне,

гладіння за напрямком зверху вниз. Потім масаж паравертебральних зон шийних, верхньогрудних спинномозкових сегментів за напрямком зверху вниз і від «центру» до «периферії», тобто від шиї і хребта до лопаток і плечових суглобів, використовуючи прийоми погладжування, розтирання прямолінійне, циркулярне, гребенеподібне, м'яке поздовжнє і поперечне розминання. Легка безперервна лабільна вібрація. Потім масаж задньої поверхні шиї і ділянки надпліч за ходом м'язових волокон трапецієподібних і дельтоподібних м'язів, великих грудних м'язів зверху вниз. Далі лімфодренажний масаж до пахвових лімфатичних вузлів. При показах і необхідності масаж голови: охоплюючи поверхневе і глибоке погладжування паралельно двома руками в напрямку до потилиці, від тім'я до завушних ділянок; Тривалість масажу 8 – 12 хвили. Також рекомендовано з 2-ї процедури включити в масажний комплекс дренажний масаж гомілок з метою активізації відтоку венозної крові по великому колу кровообігу, що створює умови для полегшеного припливу артеріальної крові до місця масажу.

Сегментарний масаж включав дію на паравертебральні зони спинномозкових сегментів вдовж хребетного стовпа від L2 до С3. При сегментарному масажі використовували прийоми в такій послідовності:

- прийом «свердління» першим способом, спочатку справа 5 – 6 разів, потім зліва 5 - 6 разів від L2 до С3;
 - прийом «дія на проміжки між остистими відростками хребців», починаючи з L2 до С3, з акцентом на сегменти D10 – D6, С3 – С4, виконується 5 – 6 разів;
- прийом «дія на навколлопаткову ділянку» з обох сторін, сегменти D10 – С3, повторити 5 – 6 разів. На курс 15-20 процедур.

Прийом «свердління» виконували так: права рука масажиста розміщується на попереку так, щоб хребет був між великим і рештою пальців; подушечкою великого пальця масажист проводить кругові рухи у напрямку до хребетного стовпа, 4 пальці при цьому є опорою. Опрацювавши один сегмент протягом 7 – 8 сек, масажист пересуває пальці на наступний сегмент. Прийом

«дія на проміжки між остистими відростками хребців» виконується таким чином: масажист кінцеві фаланги II і III пальців обох кистей рук поміщає на хребет так, щоб один остистий відросток знаходився між чотирма пальцями. При цьому виникає хрестоподібна складка, і протягом 4 – 5 сек масажист виконує дрібні колові рухи, направлені в протилежні сторони, заглиблюючись як вище, так і нижче остистого відростка. Потім переходять на наступний остистий відросток, який розміщений вище. Прийом «дія на навколлопаткову ділянку» виконується так: спочатку виконуються поглажуючі рухи по периметру рівня обох лопаток, потім права рука розміщується на правій лопатці, ліва рука – на лівій. Усі маніпуляції проводяться у напрямку до зовнішніх країв лопаток, до рівня плечей, до потилиці. Тривалість масажу 6-10 хвилин. Загалом тривалість масажу 20 – 25 хвилин.

Після проведеного курсу масажу, який тривав 15 процедур, поряд із покращенням клінічної картини, середні показники САТ знизилися з $162 \pm 3,8$ мм рт. ст. до $138 \pm 2,7$ мм рт. ст., ДАТ з $98 \pm 2,3$ мм рт. ст. до $84 \pm 2,6$ мм рт. ст.

Повороти голови вліво збільшились з $56,8^\circ$ до $79,4^\circ$, вправо відповідно з $56,9^\circ$ до $77,1^\circ$. При проведенні повторно тесту Шобера відстань від горбка потиличної кістки до остистого відростка VII-ого шийного хребця при згинанні збільшилась з $5,46 \pm 1,09$ см. до $7,88 \pm 1,04$ см, при розгинанні з $2,39 \pm 0,77$ см. до $3,56 \pm 0,65$ см. Результат оцінюється як задовільний. Проведені дослідження свідчать, що застосування розробленого алгоритму лікувального масажу відчутно впливає на амплітуду рухів в шийному відділі хребта, відзначається позитивна динаміка артеріального тиску.

Висновки:

1. На основі проведення аналізу спеціальної літератури можна зробити висновок, що у осіб працездатного віку гіпертонічною хворобою страждає 40,6% пацієнтів серед захворювань серцево-судинної системи, остеохондроз хребта зустрічається у 80,0%, що в майбутньому становить собою серйозну проблему для виникнення ускладнень у дорослого населення.

2. Застосування алгоритму лікувального масажу при поєднанні гіпертонічної хвороби та з остеохондрозом хребта є ефективним методом прискорення одужання: зменшилась тривалість перебування пацієнтів на амбулаторному лікуванні, знизився артеріальний тиск - систолічний до $138 \pm 2,7$ мм рт. ст., діастолічний до $84 \pm 2,6$ мм рт. ст. Амплітуда рухів шийного відділу хребта при згинанні вперед збільшилась на 2,42 см., при розгинанні на 1,17 см.

Перспективи подальших досліджень У подальшому передбачається дослідження віддалених результатів, а саме тривалості ремісії.

Література

1. Блага О. С. Лікувальна фізична культура при захворюваннях серцево-судинної системи: методичні рекомендації / О. С. Блага, Л. В. Дичка, В. С. Сухан. – Ужгород, 2014. – 62 с.
2. Козак Д. В. Фізична реабілітація та основи здорового способу життя / Д. В. Козак, Н. О. Давибіда. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2005. – 199 с.
3. Основы медицинской реабилитации и немедикаментозной терапии: учебное пособие / Л. А. Пирогова. – Гродно: ГрГМУ, 2008. – 212 с.
4. Пешкова О.В. Фізична реабілітація при захворюваннях внутрішніх органів / О.В. Пешкова. - Харків: СПДФО Бровін О.В., 2011.-312 с.
5. Реабилитация при заболеваниях сердечно-сосудистой системы / под ред. И.Н. Макаровой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 304 с
6. Попадюха Ю.А. Сучасні комп'ютеризовані комплекси та системи у технологіях фізичної реабілітації: Навч. посіб. / Ю.А. Попадюха. – К.: Центр учбової літератури, 2017. – 300 с.
7. Якименком О. О., Закатова Л. В., Дець В.В. Внутрішні хвороби: Навч. посібник / За ред. О. О. Якименко. — Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2003. – 142 с.