

за допомогою якого МОК підтримує свої відносини з ООН, а також важливим показником унікальної ролі МОК в глобальній політичній сфері. Дослідження дозволяють зазначити, що діяльність сучасного олімпійського руху виходить далеко за межі спортивних змагань, розподілу медалей чи боротьби з допінгом. Олімпійський рух займається і міжнародною дипломатією і захистом миру на землі і вирішенням ряду соціальних проблем. Відмінною його особливістю від інших спортивно спрямованих рухів є наявність філософії олімпізму, що базується на єднанні духовного, фізичного та інтелектуального. Фахівці не рідко зазначають, що саме культурно-освітня складова обумовлює таку популярність та життєздатність Олімпійських ігор сучасності. Однак, існують значні розбіжності у її трактуванні. Тому, наступним кроком наших досліджень було визначення основних компонентів культурно-освітньої складової сучасного олімпійського руху (таб. 2).

Таблиця 2

**Компоненти культурно-освітньої складової сучасного олімпійського руху, що є доступними для спостереження**

№	Компонент	Зміст компоненту
1.	Середовище	Країни-учасниці олімпійського руху (політичні, релігій, економічні особливості цих країн); члени міжнародного олімпійського комітету; установи з якими взаємодіє МОК тощо
2.	Артефакти	Плакати, відеофільми, фотографії, марки, монети, спортивні споруди, спортивна форма тощо
3.	Мова	Піктограми; слова, фрази, жести, що вживаються більшістю учасників олімпійського руху; міміка та мова тіла
4.	Документи	Будь-які письмові матеріали, що створені з метою обміну інформацією, враховуючи звіти, бюлетені, рекламу, електронні листи
5.	Символи	Олімпійський символ, олімпійський прапор, олімпійський гімн, олімпійське гасло
6.	Герої	Спортсмени та спортивні діячі, які в наш час чи в минулому є прикладами для наслідування
7.	Історії	Оповідання, що розповідаються в колективі та хоча б частково засновані на реальних подіях
8.	Легенди	Події, що мають реальне підґрунтя, однак поросли видуманими подробицями
9.	Ритуали	Стандартизований, неодноразово повторює мий спосіб дій
10.	Церемонії	Детально пропрацьовано, театралізовані, набори дій, що відбуваються за планом

Усвідомлення та використання у практичній роботі зазначених компонентів, сприятиме як кращому розумінню сучасного олімпійського руху.

#### Висновки:

1. Дослідження питання вивчення культурно-освітньої складової сучасного олімпійського руху дозволяють виділити дві групи публікацій, до першої з яких можна віднести роботи, присвячені соціально-філософським проблемам фізичної культури і спорту в цілому; до другої – аналізу цілей і завдань олімпійського руху, його ідеалів і цінностей, олімпізму як філософської та культурологічної концепції. При цьому, зміст культурно-освітньої складової олімпійського руху залишається актуальним питанням.

2. Античні ігри є відправною точкою для розуміння олімпійських символів і ритуалів, їх нової інтерпретації та відродження наприкінці XIX ст. засновником сучасного олімпійського руху бароном П'єром де Кубертенем. Дослідження дозволяють зазначити, що культурно-освітню спадщину стародавніх Олімпійських ігор доцільно розглядати за двома напрямками: матеріальні артефакти (будівлі, літературні твори, скульптури тощо) та духовні цінності (калокагатія, кодекс честі атлета, екіхерія, принцип громадянськості тощо).

3. Культурно-освітню складову сучасного олімпійського руху можливо розглядати за наступними складовими: середовище, артефакти, мова, документи, символи, герої, історії, легенди, ритуали, церемонії.

#### Література

1. Булатова М.М. Олимпийские игры (1896-1972) / М.М. Булатова, С.Н. Бубка, В.Н. Платонов. – К.: Олимпийская литература, 2012. –Т. 1. –496с.
2. Олимпийский спорт: в 2 т. / В.Н. Платонов, С.Н. Бубка, М.М. Булатова [и др.]; под общ. ред. В.Н. Платонова. – К.: Олимпийская литература, 2009. – Т.2. – 684 с.
3. Binder D. Olympic values education: evolution of a pedagogy / D. Binder // Educational Review. – 2012. – P. 275 – 302.
4. Garcia B. One hundred years of cultural programming within the Olympic Games (1912–2012): origins, evolution and projections / B. Garcia // International Journal of Cultural Policy.– № 4, November 2008. – P. 361–376.
5. Monnin E. Olympic education: Learning mutual respect / E. Monnin // A Paper Presented to the 54th International Session for Young Participants. International Olympic Academy, 15-29 June 2014. – 13 p.

Рідковець Т. Г., Білий В. В.

Національний університет фізичного виховання та спорту України

### ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ЕСЕНЦІАЛЬНІЙ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ

В даній статті описані особливості та вплив засобів фізичної реабілітації які чинять антигіпертензивну дію. Програма фізичної реабілітації має ґрунтуватись на механізмах зниження артеріального тиску, відновленні ендотеліальної функції та зменшенню хронічного окисного стресу.

Програма реабілітації складається з теоретичної та практичної складової. Теоретична складова технології складається з проведення персональної консультації, інструментального моніторингу стану пацієнта і з надання

теоретичних знань про етіологію, патогенез хвороби, а також освоєння принципів і методів фізичної реабілітації. Практична складова складається з кінезітерапії, в якій фізичні вправи на тренажерах виконуються із середньою і помірною інтенсивністю в великій і максимальній амплітуді. Вправи виконуються з діафрагмальним диханням, і чергуються між собою не тільки в силу працюють м'язи, але і на вихідне положення, частота зміни якої збільшувалася паралельно адаптації пацієнтів. Дозоване аеробне навантаження призначалося після занять кінезітерапії. У міру адаптації пацієнтам призначали контрастний душ і сауна. Доповнювалася програма корекцією обсягу і продуктів харчування. Це сприяло нормалізації артеріального тиску, підвищення функціонального стану і рівня якості життя в більшій мірі ніж у контрольній групі, в якій застосовувалася стандартна програма закладу.

**Ключові слова.** Артеріальна есенціальна гіпертензія, механізми зниження артеріального тиску, окисний стрес, антиоксиданти, ендотеліальна дисфункція, кінезіотерапія, сауна, рефлексотерапія.

**Редковец Тамара Григорьевна, Белый Владимир Владимирович Средства физической реабилитации при эссенциальной артериальной гипертензии.** В данной статье описаны особенности и влияние средств физической реабилитации оказывающих гипотензивное действие. Программа физической реабилитации должно основываться на механизмах снижения артериального давления, восстановления эндотелиальной функции и уменьшению хронического окислительного стресса.

Программа реабилитации должна состоять из теоретической и практической составляющей. Теоретическая составляющая технологии состоит из проведения персональной консультации, инструментального мониторинга состояния пациента и по предоставлению теоретических знаний об этиологии, патогенезе болезни, а также освоение принципов и методов физической реабилитации. Практическая составляющая состоит из кинезіотерапії, в которой физические упражнения на тренажерах выполняются со средней и умеренной интенсивностью в большой и максимальной амплитуде. Упражнения выполняются с диафрагмальным дыханием, и чередуются между собой не только в силу работающие мышцы, но и на исходное положение, частота изменения которого увеличивалась параллельно адаптации пациентов. Дозированное аэробная нагрузка предназначалось после занятий кинезіотерапії. По мере адаптации пациентам назначали контрастный душ и сауна. Дополнялась программа коррекцией объема и продуктов питания. Это способствовало нормализации артериального давления, повышению функционального состояния и уровня качества жизни в большей степени чем в контрольной группе, в которой применялась стандартная программа заведения.

**Ключевые слова.** Артериальная эссенциальная гипертензия, механизмы регуляции артериального давления, окислительный стресс, антиоксиданты, эндотелиальная дисфункция, кинезіотерапія, сауна, рефлексотерапія.

**Ridkovets Tamara Grigorievna, Bilyi Volodymyr Volodymyrovych. Means of physical therapy program for person with essential arterial hypertension.** This article has described the features and impact of physical rehabilitation facilities that have antihypertensive effects. The physical rehabilitation program should be based on reduce blood pressure mechanisms, restore of the endothelial function and reduce of the chronic oxidative stress.

Using the means of physical therapy that have a complex effect on several mechanisms simultaneously is expedient to influence the blood pressure regulation mechanisms. A popular means is kinesiotherapy, whose program should consist of aerobic, anaerobic, coordination, respiratory exercises and exercises with a change in body position. Complete the program of physical rehabilitation with a sauna with contrast cooling and reflexotherapy. Depending on the functional state of a person with a patient, essential hypertension may be recommended stay in the middle mountains or highlands.

Attention should be paid to developing a full-fledged diet. In most cases, people with essential hypertension have a shortage of antioxidant intake into the body, which leads to an increase in free radicals and oxidative stress. Such a chronic condition damages the vessels and promotes the development of endothelial dysfunction.

Dietotherapy, kinesiotherapy, reflexotherapy and thermo-contrast procedures in the complex program of physical rehabilitation have a complementary effect. The variety of this methods makes it possible to make individual program, which increases the motivation of people with essential hypertension to regular and continuous activities, maintaining a healthy lifestyle.

The rehabilitation program should consist of a theoretical and practical component. The theoretical component of the technology consists of conducting a personal consultation, instrumental monitoring of the patient's condition and providing theoretical knowledge about the etiology, pathogenesis of the disease, as well as mastering the principles and methods of physical rehabilitation. The practical component consists of kinesiotherapy, in which physical exercises on the simulators are performed with medium and moderate intensity in a large and maximum amplitude. Exercises are performed with diaphragmatic breathing, and alternate not only the working muscles, but also the original position, the frequency of the change of which increases in parallel with the adaptation of patients. Aerobic load was intended after kinesiotherapy. As adaptation, patients were assigned a contrast shower and sauna. The program was supplemented with the correction of volume and food. This helped to normalize blood pressure, improve the functional state and quality of life more than in the control group, which used the standard program of the institution.

**Keywords.** Arterial essential hypertension, mechanisms of blood pressure regulation, oxidative stress, antioxidants, endothelial dysfunction, kinesiotherapy, sauna, reflexotherapy.

**Актуальність.** У багатьох країнах на артеріальну гіпертензію страждають до 30% дорослого населення, більшість з них могли б поліпшити свій стан користуючись засобами фізичної реабілітації [3]. Артеріальна гіпертензія, з якої 90 – 95 % діагностованих випадків припадає на так звану есенціальну гіпертензію, або первинну артеріальну гіпертензію [14]. В Україні хворих на артеріальну гіпертензію налічується більше 11 млн. і ця цифра невпинно зростає [9]. Слід зазначити, що артеріальна гіпертензія є фактором ризику розвитку більшості, якщо не всіх, серцево-судинних захворювань і ниркової

недостатності [3]. Останні десятиріччя позначилися значними зменшення частоти виникнення гострих ускладнень та збільшенням тривалості життя хворих на артеріальну гіпертензію [9]. Проте ризик розвитку захворювань серця і судин збільшується майже в півтора рази у людей, які ведуть неактивний спосіб життя [3].

Патогенез артеріальної есенціальної гіпертензії є багатокомпонентним процесом, який включає розвиток ендотеліальної дисфункції, збільшення об'єму циркулюючої крові, вазоконстрикцію, гіперактивність симпатичної і ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, метаболічні порушення [5, 10]. На тлі такої поєднаної патології необхідні засоби, які б мали комплексний вплив на патогенез хвороби з мінімальною побічною дією.

Для вирішення проблем гіпертензії необхідно використовувати фізичні фактори та фактори природи, оскільки вони не чинять побічної дії, не викликають інтоксикацій, алергічних реакцій, не призводять до кумуляції чи звикання [2]. Саме тому засоби фізичної реабілітації необхідні в комплексному лікуванні хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію.

**Мета дослідження.** Визначити засоби фізичної реабілітації, які доцільно використовувати людям з есенціальною артеріальною гіпертензією для нормалізації артеріального тиску.

**Результати дослідження.** Нами встановлено, що підбір засобів фізичної реабілітації має відбуватись на основі механізмів зниження артеріального тиску, до яких відносять [4, 5, 9, 10]:

- зниження об'єму плазми;
- зниження серцевого викиду;
- зниження активності симпатичної нервової системи;
- зниження загального опору периферичних судин;
- підвищення чутливості барорецепторів;
- нормалізація функції ендотелію.

Варто підкреслити, що існує зв'язок між всіма перерахованими механізмами, тому програма фізичної реабілітації має бути спрямована на зниження хронічної активності симпатичної системи, тренуванню точнішої активації симпатoadреналової системи при фізичних й емоційних навантаженнях, активації барорефлексів при більш низьких показниках артеріального тиску, зниженню рівнів катехоламінів, холестерину та глюкози при їх надлишку у крові та нормалізації осмосу рідин організму. Це призведе до зниження об'єму плазми крові, судинного опору і серцевого викиду.

В організмі людини оксид азоту, будучи високореактивним і нестабільним з'єднанням, є універсальним регулятором фізіологічних функцій та потужним вазодилатором. Коли здатність ендотеліальних клітин вивільняти релаксуючі фактори зменшується, при збереженні чи навіть збільшенні утворення судинозвужуючих факторів, формується дисфункція ендотелію [10]. Для усунення ендотеліальної дисфункції необхідно підвищити еластичність судин та скорегувати харчування - нормалізація рівнів вуглеводів, жирів та антиоксидантів [3, 5, 10]. Для покращення стану здоров'я пацієнтів з есенціальною гіпертензією бажано використання комплексу засобів фізичної реабілітації.

**Кінезотерапія** Найбільш універсальним засобом фізичної реабілітації є фізичні вправи. Їх легко дозувати, а їх використання є економічно ефективним. Доведено, що після разового фізичного навантаження відбувається зниження симпатичної активності, що свідчить про важливу роль процесу відновлення у зниженні тиску після навантаження, і як наслідок, в хронічному зниженні артеріального тиску після курсу систематичних тренувань [15].

Аеробна спрямованість фізичних навантажень у середньому знижує систолічний та діастолічний артеріальний тиск на 10,8 / 8,2 мм рт.ст. [15].

Малоактивним пацієнтам необхідно рекомендувати регулярну помірне аеробне навантаження, таке як ходьба, біг чи плавання протягом 30-45 хв і більше, бажано щодня [3]. Більш виражений антигіпертензивний ефект досягається, при виконанні вправ із навантаженням у 50% від максимальних аеробних можливостей конкретної людини. Цей ефект менш виражений, якщо інтенсивність навантаження стає вище 70% максимальних аеробних можливостей. Hagberg з співавторами (1989) повідомляють, що при малій інтенсивності навантажень антигіпертензивний ефект в два рази вище, ніж при середніх навантаженнях [8]. Варто зазначити, що в підвищення артеріального тиску під час фізичного навантаження є фізіологічно обумовленим процесом надання кисню та поживних речовин до працюючих клітин організму [4, 14].

Незважаючи на визначальну важливість аеробного навантаження, анаеробне навантаження все частіше використовують у програмах реабілітації. На даний момент заняття на розвиток сили можна вважати цінним доповненням до традиційних тренувань витривалості. Анаеробне навантаження збільшує м'язову силу і витривалість, функціональні можливості, незалежність і якість життя а також знижує ступінь втрати працездатності як при наявності серцево-судинних захворювань, так і при їх відсутності [3].

Раніше людям з високим артеріальним тиском рекомендували уникати занять силової спрямованості, вважаючи, що це може ще більше підвищувати тиск. Сьогодні ми знаємо, що це не так. Аналізуючи дослідження, присвячені силовим тренуванням, відзначається зниження систолічного і діастолічного тиску на 3 мм рт. ст. або на 2 - 4% як у осіб з нормальним, так і з підвищеним артеріальним тиском. Хоча ці зміни не такі істотні, як можна очікувати при використанні занять аеробної спрямованості, тим не менш, поєднання занять силової і аеробної спрямованості забезпечують поєднаний вплив на зниження артеріального тиску. Збільшення м'язової сили веде до підвищення рухової ефективності, збільшення потужності і поліпшення нервово-м'язової координації. Подібно аеробним тренувальним заняттям, заняття силового характеру можуть знижувати рівень гормонів стресу, що в свою чергу, знижує загальний периферичний опір судин [4].

Існують навіть дані про безпечність використання статичних силових вправ для людей з гіпертензією [4]. Ми не використовуємо в своїй програмі реабілітації статичних вправ, оскільки у переважній більшості пацієнтів з есенціальною гіпертензією спостерігається знижена гнучкість. Таким чином у програму кінезіотерапії ми додаємо вправи на розвиток гнучкості. А вправи на тренажерах робимо у максимальній амплітуді. Це при правильній послідовності вправ знімає м'язовий спазм і усуває їх дисбаланс. Після виконання розтягуючих вправ шиєю та руками покращується мозковий кровообіг, зникають або знижуються симптоми характерні для гіпертензивного стану. Виконання повноамплітудних вправ стимулює

приспособлення судин до збільшення розтяжності сполучної та еластичної тканини, що складає основну масу судин. На судини окрім механічних стимулів, як наприклад високий внутрішньо артеріальний тиск, також впливають і хімічні речовини. Розвиток окисного стресу, гіперактивація ренін-ангіотензин-альдостеронової системи з підвищеним утворенням вазоконстрикторних факторів [5]. Тому слід підбирати такі засоби, які б знижували симпатичне стимулювання та осмос рідин. Ми використовуємо для цього вправи на координацію, оскільки вони мають потужний вплив на психологічний стан людей, змушують їх сконцентруватися на своєму тілі.

Рекомендують застосовувати специфічні впливи, які допомагають відрегулювати основні процеси у корі великих півкуль, тобто, гальмування та збудження. Зміна співвідношення цих процесів впливає на її вегетативний відділ, який безпосередньо діє на тонус судин та ударний об'єм. Завдяки постійному тренуванню до психоемоційної напруги спостерігаються позитивні зміни з боку центральної та вегетативної нервової системи. В одному дослідженні використовували комп'ютерну програму, яка допомагала навчитися досягати максимальної психологічної концентрації на виконуваній дії, в основі використання якої лежить тренування адаптації структур головного мозку до психоемоційної напруги під час тестування [7].

Симпатична регуляція також підпорядкована активності барорецепторів. Як відомо, периферичний опір судин м'язів в значній мірі контролюється чутливістю барорефлекторної серцево-легеневої зони. Тому в механізмі антигіпертензивного ефекту фізичних вправ істотну роль може зіграти підвищення чутливості барорефлекторної зони, яка контролює циркуляцію крові [8]. Також існує пряма залежність між ступенем тяжкості артеріальної гіпертензії та частотою ортостатичної гіпотензії [6]. Таким чином підвищення чутливості барорефлекторної зони має бути важливим завданням реабілітації людей з підвищеним тиском. Для цього будуть ефективно методи ортостатичної тренування. У програму реабілітації слід включити вправи в різних вихідних положеннях - лежачи, сидячи, стоячи. Для більш підготовлених людей можна використовувати вправи з динамічною зміною положення тіла.

**Термо-контрастні процедури.** Також, в програмах фізичної реабілітації слід враховувати потужний адаптаційний потенціал термо-контрастних процедур, який впливає і на вегетативну систему, і на ренін-ангіотензин-альдостерон систему [15]. Теплова стійкість організму визначається головним чином реакцією системи кровообігу. Даний факт, підкреслює необхідність лікарського контролю і самоконтролю під час прийому сауни [13].

У хворих на артеріальну гіпертензію систолічний тиск безпосередньо після лазні знижувався в середньому на 11,8 мм рт.ст. ( $P < 0,001$ ), а діастолічний тиск - в середньому на 14,6 мм рт.ст. ( $P < 0,001$ ). Виражене зниження артеріального тиску в лазні у хворих на гіпертонічну хворобу спостерігали і деякі інші автори [13]. При цьому у здорових людей зниження артеріального тиску виявилось несуттєвим. Вважають, що лазня призводить до нормалізації артеріального тиску, тобто знижує підвищений артеріальний тиск і підвищує знижений артеріальний тиск. Сауну слід приймати після розігріву в теплому душі. Перший захід у лазню має бути коротким (3 – 5 хв.), наступні можуть бути подовжені в залежності від особистої переносимості. Важливо також застосовувати контрастне охолодження між термонавантаженнями в сауні з 5-хвилинним відпочинком, оскільки це спричиняє меншу гіпертерімію і створює поступовий адаптаційний стимул [13]. Результати проведення досліджень свідчать про те, що м'язова тренування сприяє більш економічному функціонуванню механізмів фізичної терморегуляції, а процес акліматизації протікає легше і швидше у фізично підготовлених людей [15].

Після акліматизації підвищується ефективність реакції потовиділення, яке починається при більш низькій температурі тіла, а максимальна інтенсивність тривалого потовиділення збільшується. Втрати електролітів знижуються. Внаслідок адаптації потребу в поновленні запасів солей знижується, а рідини збільшується в результаті збільшення втрат рідини з потом [15]. Підвищення осмолярності позаклітинної рідини «включає» почуття спраги і секрецію вазопресивного (антидіуретичного) гормону [14]. Що в призводить до зниження артеріального тиску. Температура в сауні має бути 75-90 градусів, в залежності від індивідуальних терморегуляційних можливостей [13].

**Дієтотерапія.** В даний час при багатьох захворюваннях, в тому числі серцево-судинних, прийнята перекисна концепція патогенезу, згідно з якою розвивається дисбаланс між продуктами перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) і компонентами системи антиоксидантного захисту. Інтенсивність ПОЛ регулюється за допомогою збалансованого співвідношення прооксидантів і антиоксидантів. Основою механізму дії антиоксидантів є заміна активного радикала ліпідних перекисів на малоактивні та їх інактивація. Природні антиоксиданти – вітаміни Е, А, К, Р, С, рутин, ніотинова, лимонна кислоти. Вітамінні комплекси мають здатність підвищувати антиоксидантний потенціал організму без впливу на прооксидантні процеси та ліпідний обмін [11].

В умовах хронічної нестачі антиоксидантів, чи хронічному надлишку оксидантів у хворих з артеріальною гіпертензією розвивається оксидантний стрес, внаслідок чого знижується вміст кінцевих метаболітів оксиду азоту та ендотеліальна дисфункція, яка є однією з найбільш ранніх фаз в патогенезі гіпертонічної хвороби [10].

Для цього необхідно програму фізичної реабілітації доповнити дієтотерапією. Дієта повинна бути різноманітною і збалансованою, що необхідно для підтримки здоров'я серцево-судинної системи. Необхідно регулярне вживання риби, оскільки омега-3-жирні кислоти захищають від фатальних серцево-судинних подій. У дієту потрібно включати фрукти та овочі (3-5 порцій на день), злаки і крупи, знежирені молочні продукти, нежирне м'ясо. Для підтримки ідеальної маси тіла слід узгодити енергетичну цінність їжі і витрачену енергію шляхом обмеження споживання жирних і висококалорійних продуктів. Загальний вміст жиру в їжі не повинен перевищувати 30% всієї енергетичної цінності. Частка насичених жирних кислот не повинна бути вище 30%, решту повинні складати мононенасичені і поліненасичені жири. Кількість споживаного холестерину не повинна перевищувати 300 мг / добу [3].

**Високогір'я.** Безсумнівно цікавим доповненням програми фізичної реабілітації для осіб, які страждають есенціальною гіпертензією, є високогір'я. У жителів рівнини в умовах високогір'я відбуваються фізіологічні реакції, що компенсують гіпоксію. В умовах середньогір'я люди з підвищеним тиском відчувають такий же приріст навантаження на серцево-судинну систему і таке ж зниження витривалості, як і здорові люди. Фізичне навантаження у неакліматизованих

жителів рівнини в умовах високогір'я викликають більше виділення адреналіну, ніж в звичайних умовах, і є наслідком підвищеної бета-адренергічної стимуляції. При швидкому попаданні в гірську місцевість виникає тахікардія, що викликає збільшення серцевого викиду. Підвищене виділення адреналіну знижується при акліматизації. Зниження серцевого викиду в перші тижні перебування в умовах високогір'я супроводжується підвищенням системного артеріального тиску і зниженням еластичності вен. Рівень базального і під навантаженням норадреналіну поступово підвищується і в перші два тижні перебування в умовах високогір'я виявляється в 2 - 3 рази вище (це відображає підвищену симпатичну стимуляцію), ніж в звичайних умовах, після чого починає знижуватися. Через кілька тижнів рівні адреналіну виявляються нижче рівнів, які спостерігаються в звичайних умовах [15].

**Рефлексотерапія.** Є рекомендації по використанню в чистому або комбінованому вигляді точок корпоральних меридіанів, аурікулярних і позамеридіанних точок, а також сегментарного підбору точок [1]. Застосування методу Онурі терапії в лікуванні на початкових стадіях АГ є ефективним і може бути рекомендованим для відновлення функцій патологічно змінених меридіанів, з урахуванням щоденних їх порушень і складанням індивідуальних рецептів для кожного хворого [12].

При проведенні Онурі терапії при підвищеному тиску необхідно впливати на боль-меридіани, боль-чакри, нігтьові області, зони відповідності кистей і вушних раковин, використовуючи функції підкорення, проти підкорення, комбінований метод, а також симетричність осьових конституцій. В залежності від особливостей проявів артеріальної гіпертензії лікування має проводитись на фізичному, емоційному або ментальному рівнях. У хворих, яким проведено тільки разовий курс лікування, для нормалізації систолічного тиску до 130-139 мм рт. ст. необхідно було провести в середньому 5,8 (від 3 до 10) сеансів склеротомної метамерної рефлексотерапії і 6,5 сеансів Онурі терапії. У хворих, яким було проведено два курси лікування, перший курс складав 10,7 сеансів склеротомної метамерної рефлексотерапії та 9,1 сеансів Онурі терапії, другий курс – відповідно 10,5 та 7,5 сеансів. Другий курс з використанням метода Онурі терапії був коротшим. У пацієнтів, які лікувались два і більше разів, відмічалось поступове зниження кількості сеансів рефлексотерапії [1].

**Висновки** Враховуючи широку розповсюдженість артеріальної гіпертензії, актуальним постає питання про розповсюдження засобів фізичної реабілітації, якими вдається нормалізувати тиск у людей з есенціальною артеріальною гіпертензією.

Виявлено, що нормалізація тиску відбувається відповідно до механізмів зниження артеріального тиску, до яких відносять зниження активності симпатичної нервової системи, загального опору периферичних судин, об'єму плазми, серцевого викиду, підвищення чутливості барорецепторів, нормалізація функції ендотелію та нормалізація балансу між продуктами перекисного окислення ліпідів і компонентами системи антиоксидантного захисту.

Для впливу на механізми зниження артеріального тиску доцільно використовувати засоби, які чинять комплексну дію на декілька механізмів одночасно. Найрозповсюдженішим є кінезіотерапія, програма якої має складатися з аеробних, анаеробних, координаційних, дихальних вправ та вправ із зміною положення тіла. Довершити програму фізичної реабілітації необхідно сауною з контрастним охолодженням та рефлексотерапією. В залежності від функціонального стану людини хворої на есенціальну артеріальну гіпертензію може бути рекомендовано перебування на території середньогір'я чи високогір'я.

Особливу увагу необхідно приділяти розробці повноцінного харчування. В більшості випадків у людей з есенціальною гіпертензією спостерігається нестача надходження антиоксидантів в організм, що призводить до збільшення вільних радикалів та окисного стресу. Такий хронічний стан пошкоджує судини та сприяє розвитку ендотеліальної дисфункції.

Дієтотерапія, кінезотерапія, рефлексотерапія та термо-контрастні процедури в комплексній програмі фізичної реабілітації мають доповнюючу дію. Різноманіття їх методів дає змогу зробити програму індивідуальною, що підвищує мотивацію людей з есенціальною гіпертензією до регулярних та безперервних занять, підтриманню здорового способу життя.

#### Література

1. Гусев Т., Нетрадиційні методи в лікуванні артеріальних гіпертензій Т. Гусев, О.Рідковець, С. Рідковець // Молода спортивна наука України. - Львів. - 2002. - Т. 2. - С. 287-293.
2. Дедковская Н. Влияние лечебной физической культуры в комплексе с аутогенной тренировкой на нормализацию артериального давления. Материалы III научно-методической конференции студентов факультета "Рекреации, физической реабилитации и спортивной медицины" (12-14 апреля 2000 года) 'Олимпийская литература', Киев, – 2000.
3. Джон Кэмм Болезни сердца и сосудов / Руководство Европейского общества кардиологов – 2011г.
4. Дивайн Джоун Г. Программа действий при повышенном артериальном давлении / Джоун Г. Дивайн; пер. С англ. Г. С. Гончаренко. – К.: Олимп. л-ра, 2009. – 160с.
5. Дисфункция эндотелия и артериальная гипертензия / [С.П.Власова, М.Ю.Ильченко, Е.Б.Казакова, и др. ]; под редакцией П.А.Лебедева —Самара : ООО «Офорт», 2010.-192 с. : ил.
6. Сгорова, А. Ю. Вплив гіпертензивного типу ортостатичних реакцій артеріального тиску на перебіг та ефективність лікування артеріальної гіпертензії [Текст] : автореф. дис.. канд. мед. наук: 14.01.11 / А.Ю. Сгорова ; Харк. нац. ун-т ім. В.Н. Каразіна МОН України, Харк. нац. мед. ун-т МОЗ України. - Х., 2011. - 20 с.
7. Жукова Л. Б. Використання психофізіологічних критеріїв для оцінки ефективності фізичної реабілітації осіб молодого віку в початковими стадіями артеріальної гіпертонії // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : 36. наук. пр. – Харків, 2001 - № 20. – с. 18-23.
8. Клери Ж. Физическая активность и гипертония // Профилактика заболеваний средствами физической культуры: Зарубежный опыт. – М., 1992. – Вып. 1 – С. 17 – 28.
9. Кліщунова, Ю. А. Варіабельність серцевого ритму та ендотеліозалежні фактори гемостазу і фібринолізу у хворих на симптоматичну ренопаренхіматозну артеріальну гіпертензію і медикаментозні шляхи їх корекції [Текст] : автореф. дис. .

канд. мед. наук: 14.01.11 / Ю.А. Кліщунова ; Запоріж. мед.акад. післядиплом. освіти МОЗ України, Запоріж. держ. мед. ун-т. - Запоріжжя, 2012. - 24 с.

10. Н.Н. Герасимчук. Вазоактивный пул оксида азота у больных с артериальной гипертензией и избыточной массой тела. Кровообіг та гомеостаз. 3. 2008. Харьковский национальный медицинский университет. Городской центр диагностики и лечения артериальной гипертензии, Харьков

11. Процаев К.И., Ильницкий А.Н., Максимушкина Н.И. Антиоксидантные эффекты поливитаминовых препаратов при физической реабилитации у пожилых пациентов с артериальной гипертензией // Актуальные проблемы физической реабилитации и эрготерапии (научно-педагогическая школа Т.Д.Поляковой и М.Д.Панковой). - Минск. - 2008. - С. 210-213.

12. Рідковець Т.Г., Рідковець С.Г. Рефлексотерапія в комплексній фізичній реабілітації хворих на артеріальну гіпертензію // Олімпійський спорт і спорт для всіх. - Київ. - 2005. - С. 827.

13. Соболевский В. И. Влияние сауны на сердечно-сосудистую систему и работоспособность спортсменов: автореф. дис. канд. мед. наук : 03.00.03. - Тарту. - 1980. - 24 с.

14. Anatomy and Physiology: / Rod R. Seeley, Trent D. Stephens, Philip Tate. / - McGraw Hill, 2003 / - 1223р.

15. Heart Disease and Rehabilitation: / Michael L. Pollock, Donald H. Schmidt. / - Human Kinetics, 1999 / - 406р.

**Рипак М.О.**

**Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського**

### СТАВЛЕННЯ ДОРΟΣЛИХ ЖІНОК ДО ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНОЮ КУЛЬТУРОЮ

У статті висвітлено ставлення дорослих жінок до занять фізичною культурою. Встановлено, що займаються фізичною культурою лише 22,4% жінок I зрілого віку, 19,5% жінок II зрілого віку і 15,1% жінок пенсійного віку. Основними мотивами, які спонукають жінок до занять фізичною культурою, є корекція фігури, нормалізація ваги; зміцнення здоров'я; зняття втоми, підвищення працездатності. З'ясовано причини, що перешкоджають дорослим жінкам займатися фізичними вправами (відсутність вільного часу (68,1%), втома після роботи (54,7%), відсутність фінансових можливостей (51,8%)).

**Ключові слова:** фізична культура, рухова активність, жінки, мотиви, ставлення до занять фізичною культурою.

**Марьяна Рипак. Отношение взрослых женщин к занятиям физической культурой.** В статье освещено отношение взрослых женщин к занятиям физической культурой. Установлено, что занимаются физической культурой только 22,4% женщин I зрелого возраста, 19,5% женщин II зрелого возраста и 15,1% женщин пенсионного возраста. Мотивами, которые привлекают женщин к занятиям физической культурой, являются: коррекция фигуры, нормализация массы тела, укрепление здоровья, снятие усталости, повышение работоспособности. Выявлено причины, которые препятствуют женщинам заниматься физическими упражнениями (отсутствие свободного времени (68,1%), усталость после работы (54,7%), отсутствие финансовых возможностей (51,8%)).

**Ключевые слова:** физическая культура, двигательная активность, женщины, мотивы, отношение к занятиям физической культурой.

**Mariana Ripak. The attitude of adult women to occupation of physical education.** The review of literature shows that the activation of physical and health-improving activity of the population is very important, because the health of our population is becoming worse and the number involved in systematic motor activity is insufficient.

As a result of the research, it was found that 22,4% of women of the first mature age, 19,5% of women of second mature age and 15,1% of women of retirement age are actively refer to physical education. At the same time, a significant number of women understand the positive impact of physical education on the body, but doesn't engage, referring to the lack of free time or conditions for employment. Don't see the need for physical education in 13,9% of women of the first mature age, 14,9% of women of the second mature age and 16,9% of women of retirement age.

The main motivations that induce women of the first mature age to engage in physical education are figure correction, normalization of weight (36,5%), withdrawal tiredness and increase in capacity for work (26,2%), improving health (22,3%). Women of the second mature age indicated the following motives for engage in physical education, such as: desire to improving health (50,7%), withdrawal tiredness, increasing in capacity for work (39,5%), and also figure correction, normalization of weight (33,0%). In women of retirement age, the main motives for engage in physical education are desire to improving health (54,5%), figure correction, normalization of weight (31,2%), withdrawal tiredness and increasing in capacity for work (28,8%). Insignificant number of respondents noted such motives as expanding the circle of communication and the possibility of interesting leisure time.

Among the reasons that prevent women from engaging in physical education, the most important are the lack of free time (68,1%), fatigue after work (54,7%), lack of financial opportunities (51,8%). The lowest places in the rating of reasons that prevent women from engaging in physical education the following reasons incertitude that engaging in physical education contributes to improving health, feel healthy, so no need to engage.

**Key words:** physical education, motor activity, women, motives, attitude towards physical education.

**Постановка проблеми.** Фізична культура є складовою частиною повноцінного життя дорослого населення. Її основне призначення – зміцнення здоров'я, підвищення фізичних і функціональних можливостей організму людини, забезпечення активного дозвілля. Фізична культура є одним із засобів самовираження особистості, яке дозволяє