

Міністерство охорони здоров'я України  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів

---



## Медико-соціальна експертиза та реабілітація хворих на гіпотиреоз

Методичні рекомендації для лікарів МСЕК і ЛКК

Вінниця 2016

Міністерство охорони здоров'я України  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів



## **Медико-соціальна експертиза та реабілітація хворих на гіпотиреоз**

Методичні рекомендації для лікарів МСЕК і ЛКК

**Вінниця 2016**

**УДК 616.441-008.64-036.86**

**Установа-розробник:** Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів, кафедра ендокринології з курсом ПДО Вінницького медичного університету ім.М.І.Пирогова

**Укладачі:**

к.м.н. Кравченко В.В.

д.м.н., професор Вернигородський В.С.

д.м.н., професор Власенко М.В.

к.м.н. Вернигородська М.В.

Фетісова Н.М.

**Рецензент:** д.м.н., професор Маньковський Б.М.

**Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Ендокринологія», д.м.н., професор Маньковський Б.М.**

В методичних рекомендаціях представлені підходи до оцінки ступеню втрати життєдіяльності хворих на гіпотиреоз, показання для направлення на МСЕК, основні принципи реабілітації. Методичні рекомендації призначені для лікарів – експертів МСЕК, ЛКК, ендокринологів, лікарів інших спеціальностей.

**ЗМІСТ**

	Стор.
Перелік умовних скорочень.....	4
Вступ.....	5
Розділ 1. Медико-соціальна експертиза та реабілітація хворих на гіпотиреоз .....	7
Розділ 2. Програма реабілітації хворих на гіпотиреоз.....	14
Заключення.....	22
Рекомендована література.....	25

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ:**

АП – адаптаційний потенціал

ЕКГ – електрокардіографія

ЕхоКГ – ехокардіографія

РЕГ – реенцефалографія

РВГ – реовазографія

РП – реабілітаційний потенціал

Т3 – трийодтиронін

Т4 – тироксин

ТТГ – тиреотропний гормон

ЩЗ – щитоподібна залоза

## ВСТУП

**Гіпотиреоз** – займає одне з провідних місць у структурі ендокринних захворювань.

За даними різних авторів поширеність маніфестного гіпотиреозу в загальній популяції коливається від 3 до 8%, а враховуючи субклінічні форми 10-12%. Медико-соціальне значення гіпотиреозу визначається не тільки його великою поширеністю і тенденцією до подальшого збільшення числа хворих, але і тим збитком, що наносить гіпотиреоз суспільству як хронічне захворювання. В першу чергу це відноситься до патології серцево-судинної та нервової системи при гіпотиреозі, що є головною причиною інвалідності хворих. Безумовно, що первинна та вторинна профілактика серцево-судинних ускладнень залежить не лише від якості лікування хворих на гіпотиреоз, своєчасного контролю ТТГ крові та його корекції, але також і від своєчасної медичної і соціальної реабілітації хворих, оцінки їх працездатності, переводу при необхідності на інвалідність з метою забезпечення умов для подальшого лікування і профілактики прогресування ускладнень. Ось, чому, однією з найактуальніших проблем, спрямованих на оптимізацію допомоги населенню України, є реабілітація інвалідів. Поширеність гіпотиреозу, рання інвалідизація працездатного населення обумовлюють наукову і практичну значимість пошуку нових, ефективних методів його лікування та розробку індивідуальних програм реабілітації на різних етапах: амбулаторно-поліклінічному, стаціонарному та санаторно-курортному.

Разом з тим наукових досліджень з вивчення проблем інвалідності внаслідок гіпотиреозу, закономірностей її формування, а також медико-соціальної експертизи і реабілітації даного контингенту на підставі сучасної концепції інвалідності і реабілітації в Україні не проводилось.

Не вивчені структури інвалідності внаслідок післяопераційного та ідіопатичного гіпотиреозу з урахуванням їхнього перебігу та ускладнень. Не вивчені основні тенденції первинної інвалідності, закономірностей формування загальної інвалідності, розповсюдженість інвалідності в різних регіонах

України, відсутня соціальна і клініко-експертна характеристика контингенту інвалідів, не розроблені, з урахуванням сучасної концепції інвалідності питання медико-соціальної експертизи і реабілітації інвалідів.

Недоліками у наданні медико-експертної допомоги хворим і інвалідам з гіпотиреозом на МСЕК є неповний обсяг реабілітаційної роботи, недостатня кількість складання ІПР, послаблений контроль за їх виконанням.

Враховуючи той факт, що з кожним роком контингент інвалідів внаслідок ідіопатичного гіпотиреозу накопичується, а показники повної та часткової реабілітації залишаються низькими, основними принципами дій щодо інвалідів стає їхня реабілітація, яка дозволить інвалідам досягнути та підтримати оптимальний рівень їх самостійності та життєдіяльності, що можливо при створенні системи медико-соціальної реабілітації інвалідів. Ця система має за мету забезпечення умов для проведення комплексних заходів по реалізації індивідуальної програми реабілітації інвалідів, скерованих на відновлення особистісного та соціального статусу та інтеграцію в життя суспільства. Створення системи медико-соціальної реабілітації інвалідів внаслідок гіпотиреозу має базуватись на даних не тільки про характеристику контингенту інвалідів, але й про потребу інвалідів в різних видах реабілітації. З метою попередження прогресування важкості ідіопатичного гіпотиреозу та настання внаслідок цього інвалідності необхідно впровадити в роботу лікувально-профілактичних заходів комплекс реабілітаційних заходів – лікарський огляд, періодичне стаціонарне лікування з профілактичною метою, відновне лікування в відділенні реабілітації, реабілітаційних центрах та санаторно-курортних закладах.

Методичні рекомендації по цій проблемі в Україні виконуються вперше.

## РОЗДІЛ 1

### Медико-соціальна експертиза та реабілітація хворих на гіпотиреоз

При медико-соціальній експертизі хворих гіпотиреозом необхідно враховувати причину захворювання, стадію і вираженість процесу, ступені важкості гіпотиреозу, професію хворого, характер і умови праці.

Працездатність хворих визначається станом їх здоров'я на фоні замісної гормональної терапії, а не станом при госпіталізації.

Тимчасова непрацездатність обумовлюється погіршенням загального стану та необхідністю стаціонарного обстеження і лікування. На термін тимчасової непрацездатності впливає характер патологічного процесу і вираженість проявів хвороби. При оцінці обмеження ступеня втрати життєдіяльності необхідно враховувати ступінь важкості та стан компенсації порушеної функції щитоподібної залози (ЩЗ).

Стан компенсації оцінюється на підставі клінічних, біохімічних та гормональних даних і свідчить про адекватність терапії. Його характеризує відсутність клінічних проявів; нормалізація лабораторних показників (аналізу крові, ліпідограми, білкового спектру крові, коагулограми); рівня ТТГ в крові; нормальні характеристики ЕКГ, ЕхоКГ, РВГ, РЕГ, часу ахіллового рефлексу.

Стан субкомпенсації характеризується наявністю помірно виражених симптомів порушення функції ЩЗ. Дози препаратів, що отримують хворі, не забезпечують повної компенсації захворювання, але наближаються до оптимальних (що оцінюється в тому числі за даними гормонального обстеження). Клінічно у хворих зберігається помірна брадикардія, сухість шкіри, пастозність обличчя, зниження рефлексів (в т.ч. подовження часу ахіллового рефлексу до 360 мс), вміст в крові холестерину, ліпідів підвищений або в межах норми. При підвищеному рівні ТТГ рівень тиреоїдних гормонів в нормальних межах.

Стан декомпенсації характеризується наявністю виражених симптомів порушення функції ЩЗ. Клінічні ознаки: набрячний синдром, сухість шкіри, брадипсихізм, уповільнення мови, огрубіння голосу, симптоми гіпотиреоїдної



міокардіодистрофії (можливий гідроперикардит), енцефалопатії, міопатії, дисфункції яєчників.

Лабораторні ознаки: виражена гіперліпідемія, сплющена цукрова крива, анемія. Рівень ТТГ в крові більше ніж 10 мМО/л, зниження Т4.

При *легкій формі гіпотиреозу* лікування можна проводити в амбулаторних умовах без звільнення хворого від роботи. Особи інтелектуальної праці, адміністративно-господарські працівники, як правило, працездатні. У ряді випадків хворим необхідно створити полегшені умови праці за заключенням ЛКК лікувальної установи (звільнення від нічних змін, відряджень та ін.).

Хворі повинні направлятись на МСЕК лише в стані компенсації захворювання, а при неможливості її досягнення – після використання всіх можливостей корекції гормонотерапії в стаціонарних чи амбулаторних умовах.

При погіршенні загального самопочуття, посиленні явищ астенії, збільшенні набряків, необхідно звільнювати хворого від роботи. Для компенсації захворювання термін тимчасової непрацездатності, як правило, складає не більше 20 днів, при важкій формі – 30-40 днів. стаціонарних чи амбулаторних умовах.

При несприятливому клінічному та трудовому прогнозі, коли заходи з медичної та соціально-трудової реабілітації виявляються безуспішними, хворих направляють на МСЕК.

Завдяки широкому спектру тиреоїдних препаратів і удосконалення методів діагностики I група інвалідності при гіпотиреозі встановлюється надзвичайно рідко. Першу групу визначають при вродженому гіпотиреозі з вираженими розладами психіки (якщо лікування в дитинстві не розпочато своєчасно), при сформованому в дитинстві кретинізмі, у випадку вираженої мікседеми, зі схильністю до розвитку гіпотиреоїдної коми. Ці хворі потребують постійного догляду.

Хворим з ускладненою формою захворювання (важка форма гіпотиреозу), при мікседемі протипоказаний будь-який професійний труд, в зв'язку з чим їм визначається II група інвалідності. При гіпотиреозі середньої

важкості (значне порушення обміну речовин, зміни збоку серцево-судинної системи і психічної сфери, набряки, стійка гіпер- або гіпотензія) хворі не можуть виконувати роботу зі значним і навіть помірним фізичним навантаженням, їм протипоказана робота з нервовим перенапруженням, яка потребує швидкої і точної реакції (водій транспортних засобів, станочник, робота на конвеєрі, диспетчер, телефоніст, лікар хірургічного профілю), важка фізична праця та праця, пов'язана з переохолодженням, їх переводять на іншу роботу з виключенням факторів, що призводять до втрати кваліфікації. Це є підставою для визначення їм III групи інвалідності.

Вірна оцінка клінічного та трудового прогнозу, своєчасна патогенетична терапія, звільнення хворих від протипоказаних видів робіт, раціональне працевлаштування і диспансерний нагляд є важливими формами профілактики прогресування захворювання, що сприяє відновленню працездатності хворих.

В кожному конкретному випадку експертне рішення базується на комплексі медичних і соціальних критеріїв, основними з яких є діагноз і прогноз. Без оцінки характеру і тяжкості захворювання і порушень функцій дуже важко визначити не тільки ступінь вираженості обмежень життєдіяльності, але й клінічний і трудовий прогноз.

Для прогнозування та покращення медико-соціальної експертизи нами запропоновано спосіб прогнозування групи інвалідності у хворих на гіпотиреоз, що полягає у використанні розробленої формули прогностичного індексу із врахуванням вагових коефіцієнтів низки показників.

На групу інвалідності при гіпотиреозі впливають такі показники, як вік, енцефалопатії, кардіопатії, периферичні нейропатії, анемії, холестерин, ТТГ крові.

Для визначення відносної величини впливу окремого показника нами введено ваговий коефіцієнт в балах. Величини коефіцієнтів отримані методом експертних оцінок. Шкала вимірювання окремого показника підібрана таким чином, що його вплив змінюється лінійно, по зростаючій.

Для кожного показника введено можливий діапазон його зміни – максимальне і мінімальне значення (див. табл. 9).

Таблиця 9. Вагові коефіцієнти показників, що визначають втрату працездатності при гіпотиреозі

		Вік	Енцефало- лопатія	Кардіопатія	Периф. нейропатія	Анемія	Холестерин	ТТГ
діапазон показника	мінімум	20	0	0	0	0	4	0,7
	максимум	60	2	2	3	3	10	100
ваговий коефіцієнт (доля впливу одного показника порівняно з іншими) E= 140		5	30	30	25	15	15	20
% вагового коефіцієнта Σ=100		3,6	21,4	21,4	17,9	10,7	10,7	14,3
A		0,09	10,7	10,7	5,967	3,567	1,783	0,144
B Σ=9,03		1,8	0	0	0	0	7,13	0,1

**Примітка:** значення заокруглені.

Результуючу формулу шукаємо у вигляді:

$$y = \sum_{i=1}^N C_i, \quad (1)$$

де  $N$  – кількість параметрів;

$C_i$  – величина внеску окремого показника в загальний результат.

Цю величину знайдемо методом інтерполяції границь діапазону показника і величини його вагового коефіцієнта (при цьому величина вагового коефіцієнта відповідає верхній границі діапазону; для нижньої границі вплив вважаємо нульовим) – див. рис. 1.

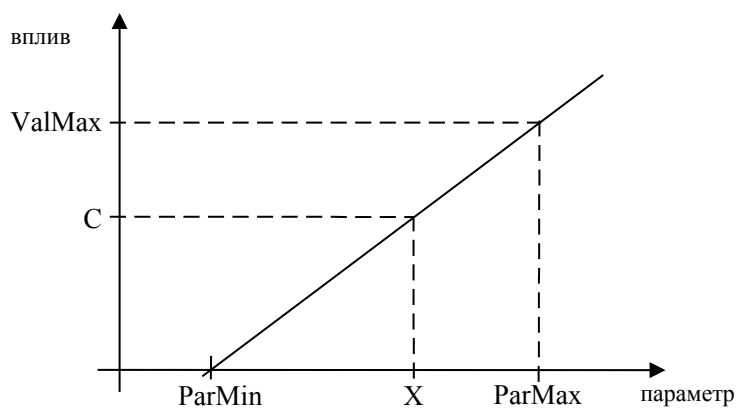


Рис. 1. Метод інтерполяції границь діапазону показника і величини його вагового коефіцієнта

$$C = \frac{(X - ParMin) \cdot ValMax}{(ParMax - ParMin)}, \quad (2)$$

де  $X$  – величина показника в прийнятих одиницях;

$ParMin$  – мінімальне значення показника;

$ParMax$  – максимальне значення показника;

$ValMax$  – відсоток впливу параметра відносно інших параметрів ( $\sum_{i=1}^N ValMax_i = 100$ ), що відповідає максимальному значенню показника.

$$ValMax = \frac{Koeff}{\sum_{i=1}^N Koeff_i} \cdot 100\%, \quad (3)$$

де  $Koeff$  – ваговий коефіцієнт.

Для полегшення практичного використання цю величину приведемо до вигляду:

$$C = A \cdot X - B. \quad (4)$$

Тоді

$$A = \frac{ValMax}{ParMax - ParMin}, \quad (5)$$

$$B = \frac{ValMax \cdot ParMin}{ParMax - ParMin}. \quad (6)$$

Таким чином, маємо формулу (1) на основі (4), значення якої вимірюватимемо в балах і результативність якої залежатиме від оцінки вагових коефіцієнтів.

#### *Застосування способу*

Для визначення групи інвалідності за загальною кількістю балів використовувалась табл. 1, в якій наведені вагові коефіцієнти і автоматично вираховані коефіцієнти А і В для кожного показника.

Саму формулу, взявши готові коефіцієнти А та В, можна спростити:

$$y = (0,09 * Вік - 1,8) + 10,7 * \text{Енцефалопатії} + 10,7 * \text{Кардіопатії} + 5,967 * \text{Периферичні нейропатії} + 3,567 * \text{Анемії} + (1,783 * \text{Холестерин} - 7,13) + (0,144 * \text{ТТГ} - 0,1) \quad (7)$$

Розкривши дужки, остаточно маємо:

$$y = 0,09 * \text{Вік} + 10,7 * \text{Енцефалопатія} + 10,7 * \text{Кардіопатія} + 5,967 * \text{Периферичні нейропатії} + 3,567 * \text{Анемії} + 1,783 * \text{Холестерин} + 0,144 * \text{ТТГ} - 9,03 \quad (8)$$

Результати розрахунку наведено в табл. 10, де показано величини внесків показника в загальну суму, а також результат формули в стовпці «загалом» і групу інвалідності для кожного хворого.

Таблиця 10. Визначення групи інвалідності за загальною кількістю балів

№	Прізвище	Вік, роки	Енцефалопатія	Кардіопатія	Периф. нейропатія	Анемія	Холестерин	ТТГ	Загалом балів	Група
1	Катріненко В.П.	47	2	2	2	3	10	32	83,073	2
		2,430	21,4	21,4	11,934	10,701	10,7	4,508		
2	Бровко К.І.	52	2	1	3	1	6,2	29,7	64,549	2
		2,88	21,4	10,7	17,901	3,567	3,925	4,177		
3	Куринчук В.А.	43	2	2	2	1	6,5	12	66,456	2
		2,070	21,4	21,4	11,934	3,567	4,460	1,628		
4	Шевчук Ю.А.	47	2	2	2	2	6	7,9	68,904	2
		2,43	21,4	21,4	11,934	7,134	3,568	1,038		
5	Дзюба М.І.	50	2	2	2	1	7,1	16,4	68,792	2
		2,7	21,4	21,4	11,934	3,567	5,529	2,262		
6	Кривляк Е.М.	48	2	1	2	1	5,6	3	53,308	3
		2,520	21,4	10,7	11,934	3,567	2,855	0,332		
7	Білоус Т.Б.	32	2	0	1	1	5	0,57	33,817	3
		1,08	21,4	0	5,967	3,567	1,785	0,018		
8	Кандирал В.В.	56	2	2	1	0	6,6	3	56,977	3
		3,24	21,4	21,4	5,967	0	4,638	0,032		
9	Лесовець С.С.	45	2	2	1	0	5,2	0,74	53,165	3
		2,25	21,4	21,4	5,967	0	2,142	0,07		
10	Лохтенко Т.М.	24	1	1	1	1	4,7	12,7	34,273	3
		0,360	10,7	10,7	5,967	3,567	1,25	1,729		
11	Топольська А.В.	27	0	1	0	0	4,2	0,94	11,724	0
		0,630	0	10,7	0	0	0,359	0,035		
12	Виговський П.А.	52	1	1	0	0	5,8	4,4	28,025	0
		2,88	10,7	10,7	0	0	3,211	0,534		
13	Новоселецька Н.В.	41	0	1	0	0	5,7	1,73	15,772	0
		1,89	0	10,7	0	0	3,033	0,149		
14	Полухович І.І.	21	1	0	0	0	4	1,12	10,853	0
		0,090	10,7	0	0	0	0,002	0,061		
15	Чигуневич В.П.	36	2	0	0	0	4,6	1,08	23,968	0
		1,44	21,4	0	0	0	1,072	0,057		

Як бачимо, втрата працездатності визначається при значенні прогностичного індексу ( $y$ ) більше 30 балів; при величині від 30 до 60 балів встановлюється 3 група інвалідності, більше 60 балів – 2 група.

Конкретний приклад застосування способу

Для хворого К. віком 47 років під №1 дані про групу інвалідності відсутні. Величини показників у вказаному діапазоні змін такі: енцефалопатія – 2, кардіопатія – 2, периферична нейропатія – 2, анемія – 3, холестерин – 10, ТТГ – 32. Підставляючи ці дані у формулу, отримуємо 83,073 балів, що дозволяє прогнозувати хворому К. II групу інвалідності.

Як бачимо, втрата працездатності визначається при значенні прогностичного індексу ( $y$ ) більше 30 балів; при величині від 30 до 60 балів встановлюється 3 група інвалідності, більше 60 балів – 2 група.

Конкретний приклад застосування способу

Для хворого К. віком 47 років під №1 дані про групу інвалідності відсутні. Величини показників у вказаному діапазоні змін такі: енцефалопатія – 2, кардіопатія – 2, периферична нейропатія – 2, анемія – 3, холестерин – 10, ТТГ – 32. Підставляючи ці дані у формулу, отримуємо 83,073 балів, що дозволяє прогнозувати хворому К. II групу інвалідності.

## РОЗДІЛ 2

### Програма реабілітації хворих на гіпотиреоз

Реабілітаційні заходи повинні починатися на ранніх стадіях захворювання і включати медичну, соціальну і психологічну реабілітацію. До медичних критеріїв відносять: тип, ступінь важкості і характер перебігу гіпотиреозу, вид і стадію розвитку гіпотиреоїдної енцефалопатії, полінейропатії, кардіопатії, атеросклерозу, його локалізації, анемії, рівень тиреотропного гормону.

До соціальних – основна професія хворого, стаж роботи, рівень освіти, характер і умови роботи, можливість виконання роботи або необхідність її зміни, територіальне розміщення житла і місця роботи, набуття нової професії, можливість проведення медикаментозної терапії, побутові умови, шкідливі звички.

До психологічних – оцінка хворим його стану, рівень самодисципліни, установка на працю, взаємовідносини на роботі, відношення до хворого в сім'ї, можливість самостійного працевлаштування відповідно до стану здоров'я.

Метою є відновлення вісцеральних та метаболічних розладів, зменшення обмеження життєдіяльності, підвищення якості життя, побутової та соціальної активності.

Важливим також являється при проведенні медико-соціальної реабілітації визначати **реабілітаційний потенціал (РП)** конкретного хворого чи інваліда.

**Високий РП:** субклінічний (лабораторний) гіпотиреоз (рівень ТТГ крові від 7,0 до 9,0 мкОД/мл, Т3 і Т4 в нормі), легка форма гіпотиреозу (рівень ТТГ збільшений до 10 мкОД/мл, Т3 і Т4 нормальні або помірно знижені)). Легкі функційні розлади серцево-судинної системи. Передбачається майже повна реабілітація.

**Помірний РП:** гіпотиреоз середньої важкості (рівень ТТГ крові більше 10

мкОД/мл, Т3 і Т4 знижені). Порушення з боку серцево-судинної, нервової, психоемоційної сфери легкі та помірні. Передбачається часткова реабілітація.

**Низький РП:** Важка форма гіпотиреозу (рівень ТТГ крові значно збільшений, а Т3 і Т4 знижені), з вираженими ускладненнями з боку серцево-судинної системи, розвитком дисциркуляторної енцефалопатії II ст., розладів психоемоційної сфери, ураженням м'язів. Передбачається часткова реабілітація.

**Відсутній РП:** Пізно діагностований вроджений гіпотиреоз з явищами кретинізму, різко вираженими порушеннями з боку серцево-судинної системи, центральної та периферичної нервової системи, психічної сфери. Реабілітація неможлива.

В рамках нашого дослідження ми вивчали можливість оцінки адаптаційного потенціалу (АП) системи кровообігу в прогнозуванні клінічного перебігу захворювання та можливостей медичної реабілітації, а також в якості метода контролю за ефективністю проведених лікувальних і соціальних заходів.

АП – здатність адаптуватись до діючого фактору без порушення міокардіально-гемодинамічної рівноваги. АП системи кровообігу (ступінь адаптації) визначається співвідношенням рівня функціонування (РФ), ступенем напруги (СН) регуляторних механізмів домінуючої системи і функціональним резервом (ФР), що відображає взаємовідношення між вегетативною і міокардіально-гемодинамічною складовою процесів регуляції.

АП має чотири рівня:

1. **Задовільна адаптація (АП I)** визначається при рівновазі процесів;
2. **Стан напруги адаптаційних процесів (АП II)** зв'язаний зі збільшенням СН і підвищенням РФ;
3. **Стан напруги адаптаційних механізмів (АП III)** характеризується зростом СН регуляторних систем, але на фоні зниження ФР;



4. **Зрив адаптації (АП IV)** – зниження РФ системи в результаті значного зниження ФР і виснаження регуляторних систем.

В клінічній практиці немає необхідності вираховувати РФ, СН і ФР безпосередньо. В якості ведучого кількісного показника можна використовувати індекс функціональних змін (ІФЗ) по формулі А.П. Берсеневої. Підготовлена до вирішення завдання кількісного вимірювання рівня здоров'я в масових обстеженнях формула в клінічній практиці потребувала доопрацювання. Наші розрахункові показники містили дані про ЧСС за хвилину і АТ – середньодобові результати дослідження.

$$\text{ІФІ} = 0,011 \times \text{ЧСС}_{\text{ср.доб.}} + 0,014 \times \text{САТ}_{\text{ср.доб.}} + 0,008 \times \text{ДАТ}_{\text{ср.доб.}} + 0,014 \times \text{В} - 0,009 \times \text{МТ} - 0,009 \times \text{Р} - 0,27,$$

де САТ – систолічний артеріальний тиск, мм рт.ст.; ДАТ – діастолічний артеріальний тиск, мм рт.ст.; В – вік, роки; МТ – маса, кг.; Р – ріст, см.

ІФІ визначався в умовних одиницях – балах (табл. 11).

Таблиця 11. Нормативні параметри АП по ІФІ

Адаптаційний потенціал	Значення ІФІ, бали
АП1- задовільна адаптація	До 2,59
АП2- напруга механізмів адаптації	2,6-3,09
АП3- незадовільна адаптація	3,1-3,49
АП4- зрив адаптації	3,5 і вище

## Перелік

### реабілітаційних заходів, засобів реабілітації та послуг, які надаються інваліду при гіпотиреозі в залежності від реабілітаційного потенціалу (РП)

Код МКХ-10: E02, E03.1, E03.8, E06.3, E89

ПЕРЕЛІК	Реабілітаційний потенціал			
	РП високий	РП помірний	РП низький	РП відсутній
<b>МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ</b>				
<i>I Відновна терапія</i>				
1. Медикаментозне лікування	Стандарти діагностики та лікування ендокринних захворювань. За редакцією М.Д.Тронько. Київ, 2005. 312 с.			
2. Дієтотерапія	+	+	+	+
3. Апаратна фізіотерапія				
1 Світлолікування	+	+	+	-
2 Лазеротерапія (При аутоімунному тиреоїдиті)	+	+	+	-
4. Баротерапія	+	+	+	-
5. Фітотерапія	+	+	+	-
6. Гомеопатія	+	+	+	+
7. Психологічна корекція	+	+	+	+
8. Психотерапія	+	+	+	+
<i>II Санаторно-курортне лікування</i>				
Кліматотерапія	+	+	+	+
Бальнеотерапія	+	+	+	-
Змішане	+	+	+	-
<i>III Профілактичні заходи</i>				
навчальна програма для хворих та інвалідів	+	+	+	+
диспансерне спостереження	+	+	+	+
<b>ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ</b>				
1. Консультування				
2. Лікувальний масаж:	+	+	+	+
3. ЛФК:	+	+	+	+
- гімнастичні вправи;	+	+	+	+
- ігри;	+	+	+	+
- дозована ходьба;	+	+	+	+
<b>ПОСЛУГИ ПО ДІАГНОСТИЦІ ТА КОНТРОЛЮ ЗА ЕФЕКТИВНІСТЮ РЕАБІЛІТАЦІЇ</b>				
- аналізи крові та сечі клінічні;	+	+	+	+
- аналіз крові біохімічний із визначенням рівня глюкози, холестерину, фракцій-ліпопротеїдів, активності ензимів, протромбіну, сечовини, креатиніну тощо;	+	+	+	+
- аналіз крові на RW, ВІЛ;	+	+	+	+
- ІФА з визначенням гормонального	+	+	+	+

спектру (ТТГ, ВТ <sub>4</sub> , Т <sub>2</sub> );				
- АТ до ТПО;	+	+	+	+
- електрокардіографія;	+	+	+	+
- інтегральна та диференційована реовазографія;	+	+	+	+
- велоергометрія;	+	+	+	+
- доплерографія судин;	+	+	+	+
ультразвукове дослідження:				
- щитоподібної залози,	+	+	+	+
- серця;	+	+	+	+
- ендоскопічні методи дослідження;	За показами			
- рео- та електроенцефалографічне дослідження з комп'ютеризованою оцінкою функціонального стану головного мозку,	+	+	+	+
- дуплексне сканування;				
- психофізіологічні дослідження функціональних характеристик мозкової діяльності;	+	+	+	+
- оцінка зорових та слухових аналізаторів тощо.	-	-	+	+

### **Індивідуальна програма реабілітації**

#### **хворих гіпотиреозом легкого ступеня важкості**

**Медична реабілітація** включає в себе:

1. Замісну терапію – гормонами щитоподібної залози в невеликих дозах до 50-75 мкг/ добу.
2. Дієтотерапію з обмеженням вуглеводів і тваринних жирів в їжі і додатковим введенням білка рослинного характеру.
3. Фітотерапію з включенням продуктів, що містять вітаміни групи В, С, Е, шипшину, насіння соняшника, пророщену пшеницю, перцеву м'яту і т.д.
4. Фізичну активність з тривалістю фізичних навантажень до 1 год. В день (лікувальна гімнастика з включенням дозованих фізичних навантажень, лікувальна фізкультура, дозована ходьба) з метою тренування нервової, серцево-судинної і інших систем.
5. Психологічну реабілітацію методом проведення групової чи індивідуальної психокорекції з допомогою відповідного спеціаліста для

формування у хворого позитивного сприйняття рекомендацій медичного персоналу і вироблення адекватного відношення до хвороби і до оточуючих.

**Медико-професійна реабілітація** включає:

- працездатність фактичну і перспективну ;
- професійну діагностику.
- тренування професійно – значущих функцій з метою продовження праці доступної категорії важкості з оцінкою показників працездатності.

**Професійна реабілітація** включає:

- обмеження в роботі по лінії ЛКК, раціональне працевлаштування.

### **Індивідуальна програма реабілітації хворих гіпотиреозом середнього ступеня важкості**

**Медична реабілітація** включає в себе:

1. Замісну терапію – гормонами щитоподібної залози (L-тироксин, левотироксин до 150 мкг/ добу, під контролем ТТГ крові.
2. Вітамінотерапію препаратами вітамінів С, А, Е, Д і групи В.
3. Фітотерапію з метою корекції виявлених порушень (листя і ягоди чорниці, чорноплідна горобина, сечогінні трави).
4. Психологічну реабілітацію методом проведення групової чи індивідуальної психокорекції з допомогою відповідного спеціаліста для формування у хворого позитивного сприйняття рекомендацій медичного персоналу і вироблення адекватного відношення до хвороби і до оточуючих.
5. Лікувальні фізичні фактори з метою прискорення дії ліків, що застосовуються для покращення функції щитоподібної залози і покращення функцій інших органів і систем.

Гідробальнеотерапія (контрастні ванни, валеріанові, хвойні, кисневі, скипидарні). Температура повітря в гарячій воді – 38-40 градусів, в холодні від 26 до 18 градусів. Перебування в холодні воді 1 хвилина, в гарячі – 3 хвилини. Впродовж 1 процедури проводять 3-4 чергування. Курс лікування 14-16 процедур.

Скипидарні ванни з терпентиною олією (ванна в вигляді білої емульсії) з 20-60 мл. з кожною ванною збільшуючи на 5 мл. Температура рідини 38-39 градусів. Тривалість 10-15 хвилин, курс лікування 14-16 ванн.

Кисневі ванни 35-37 градусів.

Бальнеотерапія не показана хворим з вираженою серцево-судинною патологією, при гіпотиреозі після операції з приводу раку щитоподібної залози.

Ультрафіолетове опромінення показані по загальній схемі, але дозування УФО повинно бути індивідуальним.

Використовують душі при температурі 37-38 градусів тривалістю 3-5 хвилин., курс 10-15 процедур.

Широко використовують ЛФК та масаж.

Для заспокоєння нервової системи використовують електросон.

**Медико-професійна реабілітація** включає:

- професійну діагностику ;
- тренування професійно – значущих функцій з метою продовження праці доступної категорії важкості з оцінкою показників працездатності.

**Професійна реабілітація** включає:

- раціональне працевлаштування.
- потребують постійного догляду.

### **Індивідуальна програма реабілітації хворих гіпотиреозом важкого ступеня важкості**

**Медична реабілітація** включає в себе:

1. Замісну терапію – гормонами щитоподібної залози (L- тироксин, левотироксин до 200-250 мкг/ добу під контролем ТТГ крові.
2. Вітамінотерапію препаратами вітамінів С, А, Е,Д і групи В.
3. Фітотерапію з метою корекції виявлених порушень (листя і ягоди чорниці, чорноплідна горобина, сечогінні трави).
4. Психологічну реабілітацію методом проведення групової чи індивідуальної психокорекції з допомогою відповідного спеціаліста для

формування у хворого позитивного сприйняття рекомендацій медичного персоналу і вироблення адекватного відношення до хвороби і до оточуючих.

5. Гомеопатія, кліматотерапія.

6. Лікувальний масаж, ЛФК: гімнастичні вправи, дозована ходьба.

**Професійна реабілітація** включає:

Хворим з важкою формою гіпотиреозу протипоказана будь-яка професійна праця.

Для лікування та реабілітації хворих з гіпотиреоїдний препарат Нейровітан (патент на корисну модель №53982 «Спосіб лікування гіпотиреоїдної полінейропатії» від 25.10.2010 р.), одна таблетка якого містить октогіаміну (Віт.В<sub>1</sub> + ліпоєва кислота) – 25 мг, віт. В<sub>2</sub> (рибофлавін) – 2,5 мг, віт. В<sub>6</sub> (піридоксин) – 40 мг, віт. В<sub>12</sub> – 250 мг. Завдяки своїй унікальній формі (кожний вітамін знаходиться в мікро капсулі) усі компоненти, що входять до складу Нейровітану, не взаємодіють і добре всмоктуються. Для профілактики розвитку гіпотиреоїдної полінейропатії призначають по 2-3 таблетки на день 1,5-2 місяці, 2-3 курси на рік. Для лікування гіпотиреоїдної полінейропатії рекомендовано призначати 3-4 таблетки на день 1,5-2 місяці 2 курси на рік.

## ЗАКЛЮЧЕННЯ

Однією з найбільш актуальних проблем, направлених на оптимізацію медико-експертної допомоги населенню, є реабілітація інвалідів. Ця проблема залишається актуальною як у всьому світі, так і в Україні.

В повній мірі вона стосується і гіпотиреозу – хронічного захворювання, ускладнення якого є причиною ранньої інвалідизації хворих.

Медико-соціальне значення гіпотиреозу визначається не тільки його поширеністю і тенденцією до подальшого збільшення числа хворих, але і тим збитком, що наносить гіпотиреоз суспільству як хронічне захворювання.

Програмою вирішення проблеми інвалідності в Україні (1992.) була передбачена організація в кожній області Центру медико-соціальної реабілітації інвалідів. Однак, в нашій країні концепція реабілітації ще не має достатньо чіткого наукового обґрунтування з послідуєчими практичними рекомендаціями по впровадженню.

За визначеннями ВООЗ, реабілітація – це процес цілеспрямований і обмежений в часі, який дає можливість інваліду досягнути оптимального фізичного, розумового та соціального рівня функціонування і змінити якість життя.

В останній час актуальність реабілітації привела до того, що термін ”медична реабілітація“ часто використовують для будь-якого відновного лікування, долікування і навіть традиційного лікування. Як відмічалося А.Ф.Башмаковим та спів. (1998), про медичну реабілітацію слід говорити лише в тих випадках, коли повноцінне лікування спрямоване проти інвалідності (ймовірної, явної, а також прогресуючої), тобто з цієї точки зору медична реабілітація – це лікування патологічного стану, що загрожує настанням інвалідності; або на зниження вже існуючої інвалідності; або переслідує цілі відвернення обваження інвалідності при прогресуючому патологічному процесі.

На наш погляд, повинна бути чітка поетапність і наступність в реабілітації хворих на гіпотиреоз: стаціонарний, амбулаторно-поліклінічний і санаторно-курортний етапи.

Рання реабілітація, або реабілітація на першому етапі, проводиться одразу після встановлення діагнозу“ Гіпотиреоз“ або підвищення рівня тиреоїдних гормонів. Вона передбачає корекцію гормонального обміну, при потребі – корекцію серцево-судинної, нервової системи, дієтотерапія, нормалізація психоемоційного стану хворого.

Пізня реабілітація має свої особливості з точки зору її організації. Вона передбачає оптимальну адаптацію хворого до соціального життя. Її мета – зменшення вираженості серцево-судинних та неврологічних порушень, скорочення інвалідності. Важливо, щоб вона носила безперервний характер, потрібно досягати стану компенсації хвороби та контролювати стан серцево-судинної системи.

Необхідною умовою успішної реабілітації та забезпечення незалежної життєдіяльності хворого після виписки з ендокринологічного диспансеру є тісний зв'язок між ендокринологічним відділенням та поліклінікою за місцем проживання. Пацієнт повинен мати можливість продовжувати медичну та соціальну реабілітацію. Важливо враховувати такі аспекти, як ефективність та економічну доступність.

Важливим показником якості реабілітації є інтеграція, реадаптація хворого до побуту, праці, тобто, повернення його до активного життя. На жаль, служба реабілітації в Україні знаходиться на недостатньо високому рівні. Для цього повинен бути розроблений статус реабілітаційного відділення, науково обґрунтований його штат, обладнання і медичне забезпечення, наявність допоміжних методів лікування, як-то: фізіотерапії, лікувальної фізкультури, лікувального масажу, нетрадиційних методів лікування, психотерапії та ін. Враховуючи, що медична реабілітація здійснюється також і у важких хворих і інвалідів, реабілітаційне лікування, порівнюючи з традиційним повинно бути більш тривалим і насиченим, в зв'язку з чим виникає необхідність наукової розробки приблизних оптимальних середніх термінів його тривалості і,



відповідно, перебування хворого на ліжку. Коли хворий гіпотиреозом визнається інвалідом, лікар-реабілітолог на МСЕК складає на нього індивідуальну програму реабілітації, контролює її виконання, а після проходження реабілітаційних етапів лікувально-профілактичний заклад направляє відривний талон на МСЕК.

Направляються на МСЕК хворі з гіпотиреозом, які лише в стані компенсації захворювання, а при неможливості її досягнення – після використання всіх можливостей корекції гормонотерапії в стаціонарних чи амбулаторних умовах.

Для НДІ, які займаються реабілітацією інвалідів, доцільно створення банку даних на хворих та інвалідів, які підлягають реабілітації, а також на тих, хто отримав реабілітаційне лікування і має потребу в диспансеризації, повторних курсах лікування, професійній і соціальній реабілітації.

Безумовно, в умовах економічних труднощів, які переживає на даний час Україна, швидка реалізація перерахованих аспектів представляється вельми утрудненою, однак робота в названих напрямках повинна бути розпочата уже зараз, що буде сприяти повноцінному і всебічному наданню допомоги хворим на гіпотиреоз, зменшенню важкості інвалідності і зниження рівня первинного виходу на інвалідність.

## РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Зелинский Б.А. Гипотиреоз (Руководство для врачей) / Зелинский Б.А., Зелинская Н.Б. – Винница: Континент-ПРИМ. – 1998. – 116 с.
2. Ипатов А.В., Сергиени Е.В., Лихолат Е.А. Актуальные проблемы диагностики, реабилитации, социальной интеграции больных и инвалидов с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів внаслідок серцево-судинних захворювань: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності / За ред. В.Ф. Москаленка та Ю.В. Поляченка. – Дніпропетровськ: Пороги, 2002. – С. 26-35.
3. Ипатов А.В. Инвалидность внаслідок хвороб ендокринної системи: стан, тенденції та медико-соціальні проблеми [Текст] / Ипатов А.В. // Эндокринологія. – 2003. – Т.8. – №2. – С. 150-157.
4. Олійник В.А. Патологія щитовидної залози в Україні (епідеміологія та регіональні особливості) / Олійник В.А. // Журнал практичного лікаря. – 2001. – №2. – С. 5-7.
5. Паньків В.І. Поширеність патології щитоподібної залози в йододефіцитних районах Західної України / Паньків В.І. // Эндокринологія. – 2006. – Т. 11. – №11. – С. 134-137.
6. Основні показники інвалідності та діяльності медико-експертних комісій України за 2005 рік (аналітико-інформаційний довідник): Автори – В.В. Маруніч, А.В. Ипатов, О.В. Сергієні, Т.Г. Войтчак, В.В. Коваленко, О.А. Жолоб, Т.В. Ананьєва / За ред. Ю.В. Поляченка. – Дніпропетровськ: Пороги, 2006 – 102 с.
7. Основні показники інвалідності та діяльності медико-експертних комісій України за 2006 рік (аналітико-інформаційний довідник): Автори – В.В. Маруніч, А.В. Ипатов, О.В. Сергієні, Т.Г. Войтчак, В.В. Коваленко, С.І. Черняк, О.А. Жолоб, А.М. Ульянова, О.І. Молодецький / За ред. Ю.В. Поляченка. – Дніпропетровськ: Пороги, 2007. – 98 с.

8. Смычек В.Б. Индивидуальная программа реабилитации больных и инвалидов / Смычек В.Б. // Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів. Зб. наукових праць. – Дніпропетровськ, 2001. – С. 198-202.

9. Стан ендокринологічної служби України в 2007 р. та перспективи розвитку медичної допомоги хворим з ендокринною патологією / Митник З.М., Жданова М.Г., Крушинська З.Г. та співав. // Міжнародний ендокринологічний журнал. – 2008. – №3(15)

10. Фадеев В.В. Заболевания щитовидной железы в регионе легкого йодного дефицита: эпидемиология, диагностика, лечение / Фадеев В.В. – М.: Издательский дом Видар-М. – 2005. – 204 с.

11. Фадеев В.В. Актуальные проблемы диагностики и лечения гипотиреоза / Фадеев В.В. // Врач. – 2005. – №3. – С. 63-64.

12. Современные принципы диагностики и лечения гипотиреоза (обзор) / Фадеев В.В., Моргунова Т.Б., Захарова С.М. и др. // Терапевт. Архив. – 2004. – Том 76, №10. – С. 49-53.

13. Значення вузлової патології у виникненні раку щитоподібної залози / Цимбалюк С.М., Гульчій М.В., Багенко Н.В., Черниченко І.О. // Український медичний часопис. – 2014. – №1 (99) – 1/11.

14. Гончарова О.А. Селен и аутоимунний тиреоидит / Гончарова О.А. // Международный эндокринологический журнал. – 2010. – №6 (30). – С. 71-74.

15. Епідеміологічні аспекти в патології щитоподібної залози в Чернівецькій області / Маслянко В.А. Руснак О.К., Кроха Н.В., Рибак О.В. // Международный эндокринологический журнал. – 2006. – №1 (3). – С. 34-38.

16. Кравчун Н.А. Гипотиреоз: эпидемиология, диагностика, опыт лечения / Кравчун Н.А., Чернявская И.В. // Проблемы эндокринной патологии. – 2011. – №3. – С. 27-34.

17. Поражение различных органов и систем при гипотиреозе / Н.А.Петухин, Л.В.Трухина, Н.С.Мартиросян, В.В.Петухина // Эффективная фармакопедия. Эндокринология. – 2016. – №1 (4). – 1.

18. Боднар П.М. Йододефіцитні розлади – актуальна медико-соціальна проблема / Боднар П.М. // Лікувальна справа. Врacheбное дело. – 2001. – №3 (47). – С.8-10.

19. Василенко В.Н. Вегетативная дисфункція при захворюваннях щитовидної залізи / Василенко В.Н. // Український медичний альманах. – 2002. – №6(5). – С. 20-23.

Формат 60x84/16  
Папір офсетний.  
Тираж 300 прим.

21000, м. Вінниця,  
вул. Хмельницьке шосе, 145,  
тел. (0432) 65-80-80  
(067) 337-38-38  
e-mail: dilo\_vd@mail.ru