

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



**КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ІНВАЛІДІВ
З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

Методичні рекомендації

Вінниця – 2004

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

„Затверджую”
Начальник управління
медико-соціальної експертизи
В.В. Маруніч
_____ 2004 р.

**КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ІНВАЛІДІВ
З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

Методичні рекомендації

Вінниця – 2004

УДК 616.12 – 008.331.1 – 036.86

Установа розробник: Український державний науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів; Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Автори: д.м.н., професор Жебель В.М.
науковий співробітник Куриленко І.В.
к.м.н. Шевчук С.В.

Рецензент: д.м.н., професор Станіславчук М.А.

В методичних рекомендаціях представлені основні принципи реабілітації інвалідів внаслідок артеріальної гіпертензії.

Видання рекомендоване для практичних лікарів, лікарів-експертів МСЕК, ЛКК, лікарів-реабітологів.

РЕКОМЕНДОВАНО

Вченою радою Українського державного НДІ реабілітації інвалідів
протокол № 6 від 23.06.2004

Зміст

Вступ.....	5
1. Основні принципи реабілітації інвалідів.....	6
2. Програма реабілітації інвалідів внаслідок артеріальної гіпертензії	6
- Медична реабілітація.....	7
- Професійна реабілітація.....	24
- Соціальна реабілітація.....	27
3. Оцінка результатів реалізації ППР.....	28
4. Додатки.....	30
5. Список літератури.....	33

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АГ	- артеріальна гіпертензія
АТ	- артеріальний тиск
ВООЗ	- Всесвітня Організація Охорони Здоров'я
ГПМК	- гостре порушення мозкового кровообігу
ДАТ	- діастолічний артеріальний тиск
ІПР	- індивідуальна програма реабілітації інваліда
МР	- медична реабілітація
МСЕ	- медико-соціальна експертиза
МСЕК	- медико-соціальна експертна комісія
ОЖД	- обмеження життєдіяльності
ПР	- професійна реабілітація
САТ	- систолічний артеріальний тиск
СР	- соціальна реабілітація

Вступ

Здобувши незалежність, Україна в галузі медицини потрапила в неординарне становище. З одного боку з'явився великий арсенал сучасних наукових, політичних, економічних та соціальних перетворень, максимально інтегрованих до загальносвітових стандартів, а з іншого боку залишилась та ж сама прорадянська людина, яка, як соціум, залишається беззахисною та безпорадною в суворому сьогоденні. Людина-інвалід – це третій, можливо, найгостріший кут трикутника невирішеності.

Як вирішити це наболіле питання та дозволити інваліду відчувати себе “своїм” серед нашого модернізованого суспільства?

Можливо, відповіддю на це запитання стане більш ширше та жорсткіше впровадження в практичну медицину програм реабілітації інвалідів та їх соціальної адаптації. На жаль, ці поняття при більшості захворювань внутрішніх органів залишаються ще завуальованими.

Автори видання поставили перед собою мету – максимально сконцентрувати основні принципи та методи соціального захисту та реабілітації інвалідів внаслідок артеріальної гіпертензії.

Вагомість нашого вибору беззаперечна, так як саме вищевказана патологія є однією із найчастіших причин обмеження всіх категорій життєдіяльності людини: здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю своєї поведінки, спілкування, навчання, виконання трудової діяльності. АГ – основний фактор ризику ішемічної хвороби серця, інфаркту міокарду, мозкового інсульту, які в сукупності складають 88,6% загальної смертності від хвороб системи кровообігу.

Указом Президента України від 4 лютого 1999 року № 117/99 затверджено Національну програму профілактики та лікування артеріальної гіпертензії в Україні. Мета програми – зниження захворюваності населення на артеріальну гіпертензію, ішемічну хворобу серця, судинні ураження мозку, смертності від ускладнень гіпертензії, підвищення тривалості та якості життя хворих на серцево-судинні захворювання. За даними офіційної статистики, на 1 січня 2003 року в Україні зареєстровано 9 107 613 хворих на АГ, що становить 22,6 % дорослого населення країни. Зростання цього показника на 57% порівняно з таким у 1998 році (останній рік перед затвердженням Програми профілактики і лікування АГ) та на 9,3% порівняно з таким у 2001 році свідчить про позитивну тенденцію, яка є наслідком ефективної роботи по виявленню цієї патології. Незважаючи на це, в загальній структурі інвалідності АГ, як причина ОЖД, протягом багатьох років не втрачає своїх передових позицій.

Основні принципи реабілітації інвалідів

Реабілітація інвалідів – система медичних, психологічних, соціально-економічних, юридичних, професійних, освітніх педагогічних та інших заходів, спрямованих на усунення або найбільш повну компенсацію обмежень життєдіяльності та соціальну адаптацію інваліда. Метою реабілітації є відновлення здоров'я, працездатності, особистого та соціального статусу інвалідів, досягнення ними матеріальної та соціальної незалежності, інтеграції (або реінтеграції) в звичайні умови життя суспільства. Основною службою, яка відповідає за проведення, якість та обсяг реабілітації інвалідів – є медико-соціальна експертиза. Основне її завдання - визначення в встановленому порядку для особи, що освідчується на МСЕК потреби в тому чи іншому виді реабілітаційних мір.

Основним документом в діючій системі реабілітації інвалідів, на основі якого інвалід може отримати необхідні йому реабілітаційні послуги є так звана індивідуальна програма реабілітації інвалідів (ІПР). ІПР інваліда – розроблений на основі рішення державної служби МСЕ комплекс оптимальних для інваліда реабілітаційних міроприємств, який включає в себе окремі види, форми, об'єми, строки та порядок реалізації медичних, професійних та інших реабілітаційних мір, направлених на відновлення, компенсацію порушених або втрачених функцій організму, відновлення, компенсацію здібностей інваліда до виконання визначених видів діяльності.

Програма реабілітаційних міроприємств включає три розділи:

- програму медичної реабілітації;
- програму професійної реабілітації;
- програму соціальної реабілітації;

Програма реабілітації може створюватись, як з заповненням всіх трьох розділів, так і вибірково, в залежності від етапу реабілітаційного процесу та потреби інваліда в тих, чи інших міроприємствах.

Оптимальний період повної реабілітації більшості хворих, які страждають на серцево-судинну патологію (в т.ч. і артеріальну гіпертензію) характеризується суттєвими коливаннями, в середньому він повинен тривати до 1 року. План реабілітації повинен бути суворо індивідуальним та базуватися на історії хвороби пацієнта, прогнозі, рівні функціональних можливостей та конкретних потреб.

Програма реабілітації інвалідів внаслідок АГ

Під артеріальною гіпертензією розуміють стабільне підвищення артеріального тиску (АТ) – систолічного та/або діастолічного. За рекомендаціями ВООЗ підвищеним вважається САТ, що дорівнює або перевищує 140 мм. рт. ст., ДАТ – 90 мм. рт. ст. Основні чинники, які впливають на життєдіяльність хворих на АГ: варіант АГ; ступінь АГ; її стадія (виразність та важкість враження органів-мішеней); характер перебігу АГ (частота та важкість гіпертонічних кризів); важкість та зворотність ускладнень (ГПМК, інфаркти

міокарду та їх наслідки); важкість перебігу супутніх (асоційованих) серцево-судинних станів; ступінь виразності функціональних порушень серцево-судинної системи; ступінь та характер психосоматичних порушень; виразність та важкість супутніх захворювань; виразність соціальної дезадаптації хворих в залежності від віку, статі, місця проживання, освіти, економічної залежності та професійної діяльності.

Медична реабілітація

Медична реабілітація (МР) – комплекс лікувальних мір, направлених на відновлення порушених або втрачених функцій здоров'я хворих та інвалідів.

План програми МР у хворих на артеріальну гіпертензію можна розділити на 4 окремих етапи:

- I етап - стаціонарний;
- II етап - ранній амбулаторний;
- III етап - пізній амбулаторний;
- IV етап - регіональний етап підтримки досягнутого.

Показання до стаціонарного лікування:

I термінові:

- гіпертонічні кризи важкі та середньої важкості;
- раптове погіршення зору;
- гострі ускладнення перебігу АГ: ГПМК, інфаркти міокарду і т.п.

II планові :

- почастишання гіпертонічних кризів легкого ступеню на фоні активного лікування для уточнення причини кризів та підбору медикаментозної терапії;
- відсутність зниження АГ (гіпертензія 200/110 мм. рт. ст. і вище в спокої), не зважаючи на комплексне лікування в амбулаторних умовах;
- посилення на фоні АГ проявів хронічної коронарної, цереброваскулярної та серцевої недостатності;
- необхідність встановлення етіології вторинної симптоматичної гіпертензії;
- необхідність клінічної оцінки стану хворого перед освідченням на МСЕК.

Основною метою I етапу реабілітації є виведення хворого з гострого стану, досягнення максимально можливої функціональної компенсації серцево-судинної системи, підбір адекватного лікування, а поряд з цим - протидія негативним впливам тривалого ліжкового режиму, початкова підготовка хворого до нормального щоденного життя в вигляді фізичної та психологічної реабілітації.

Тривалість I (стаціонарного) етапу реабілітації хворих на АГ встановлюється в залежності від важкості стану хворого індивідуально.

Орієнтовні строки стаціонарного лікування при АГ та тимчасової втрати працездатності відповідно:

Табл.1

Види патології	Строки стаціонарного лікування	Строки ТВП
I. Гіпертонічний криз I ст. АГ	Не потребує госпіталізації	5-7 днів
II. Гіпертонічний криз II ст. АГ		
A) легкий	Не потребує госпіталізації	До 10 днів
середньої важкості	10-12 днів по показанням	До 15 днів
важкий	10-14 днів	До 3-4 тижнів
Б) неускладнений криз	Не потребує госпіталізації	7-10 днів
ускладнений криз	10-14 днів	18-24 дні
III. Гіпертонічний криз III ст. (ускладнений)	14-16 днів	До 30 днів і більше
IV. Необхідність обстеження хворого для уточнення діагнозу	До 5-7 днів	До 5-7 днів
V. Стабільність високого АТ та необхідність підбору гіпотензивної терапії	7-14 днів	10-14 днів
VI. АГ з переважним враженням серця з серцевою недостатністю		
IФК	Не потребує госпіталізації	5-10 днів
II ФК	Не потребує госпіталізації	10-15 днів
III ФК	14-15 днів	20-30 днів
IV. ФК	14-25 днів	45-60 днів, МСЕ
VII. АГ з переважним враженням нирок з ХНН		
I ст.	12-14 днів	30-40 днів
II ст.	15-25 днів	50-60 днів, МСЕ
VIII. Ускладнений перебіг АГ		
A) нестабільна стенокардія	12-14 днів	25-30 днів

Б) гостра коронарна недостатність	14-21 день	40-50 янів
В) інфаркт міокарду: - трансмуральний без ускладнень з ускладненнями - дрібновогнецевий без ускладнень з ускладненнями	16-21 день 21 день та більше 14-16 днів 16-21 день	70-90 днів 90- 130 днів до 50 днів до 3 місяців
Г) порушення серцевого ритму: - шлуночкова екстрасистолія високих градацій; - повна АВ-блокада з приступами Морганї - Адамса-Стокса; - пароксизм.надшлуночкова тахікардія; - пароксизм миготіння (тріпотіння) передсердь	10-12 днів 12-18 днів 7-12 днів 7-12 днів	10-14 днів 18-20 днів 10-12 днів 7-14 днів
Д) ГПМК: - легкий (лакунарний, малий) інсульт; - середньої важкості; - важкий інсульт	12-14 днів 18-21 день 21-30 днів	2,0-2,5 місяців 2,5-3,5 місяців 3-4 місяці

Медикаментозна реабілітація при артеріальній гіпертензії

В рекомендаціях ВООЗ/МТГ від 1999 р. вказується, що "основною метою лікування хворого з артеріальною гіпертензією (АГ) є досягнення максимального зниження ступеню ризику серцево-судинної захворюваності та смертності". Це означає, що при проведенні реабілітаційних заходів у пацієнтів з різними варіантами АГ недостатньо лише знижувати рівень артеріального тиску (АТ) до цифр, які є метою лікування. Необхідно діяти і на інші фактори, що впливають на загальний (глобальний) ризик для конкретного хворого. Наявність цих факторів (табл. 2) визначає тактику терапії в комплексі реабілітації пацієнтів з гіпертензією.

Фактори, які впливають на прогноз перебігу АГ

Фактори ризику серцево-судинних захворювань, які застосовуються для стратифікації ризику	Ураження органів-мішеней	Цукровий діабет	Асоційовані клінічні стани
Рівні САТ і ДАТ	Гіпертрофія лівого Шлуночка (ЕКГ; індекс Соколова-Лайола > 38 мм, Корнелла >2440 мм мс; ехокардіографія; індекс маси міокарда лівого шлуночка у чоловіків > 125, у жінок ≥ 110 г/м ²)	Цукровий діабет	Церебросудинне захворювання: ішемічний інсульт; церебральний крововилив; минуча ішемічна атака
Чоловіки віком понад 55 років	Ультразвукові ознаки потовщення стінки артерії (товщина інтимі-медії $\geq 0,9$ мм) або атеросклеротичної бляшки	Рівень глюкози в плазмі крові натще > 7,0 ммоль/л	За захворювання серця: інфаркт міокарда; стенокардія; коронарна ревазуляризація; застійна серцева недостатність
Жінки віком понад 65 років	Підвищення вмісту креатиніну в сироватці крові (у чоловіків до 115-133, у жінок - до 107-124 мкмоль/л)		За захворювання нирок: діабетична нефропатія; ураження нирок (креатинін сироватки у чоловіків >133, у жінок > 124 мкмоль/л), протеїнурія (> 300 мг/добу)
Куріння	Мікроальбумінурія (300 мг за 24 год; співвідношення альбумін-креатинін у чоловіків ≥ 22 , у жінок ≥ 31 мг/г, відповідно $\geq 2,5$ і		Периферичні судинні захворювання-виражена ретинопатія:

	$\geq 3,5$ мг/ммоль/л		геморагії або ексудати, набряк папіли
Дисліпідемія (рівень заг.холестерину > 6,5 ммоль/л, або холес-терину ЛПНЩ > 4,0 ммоль/л, або холес-терину ЛПВЩ у Чол. < 1,0 у жінок < 1,2 ммоль/л			
Цукровий діабет			
Сімейний анамнез з випадками раннього розвитку серцево- судинних хвороб (чоловіки < 55 років, жінки < 65 років)			
Ожиріння з відкладеннями в ділянці черева (окружність талії ≥ 102 см у чоловіків, 88 см \geq у жінок)			
С-реактивний білок ≥ 1 мг/дл			

Безпосередня стратифікація ризику для хворого на АГ проводиться відповідно табл. 3

Стратифікація ризику для кількісної оцінки прогнозу

Інші фактори	АТ (мм рт.ст.)				
	Нормальний (САТ 120-129 або ДАТ 80-84)	Високий нормальний (САТ 130-139 або ДАТ 85-89)	Ступінь I (САТ 140-159 або ДАТ 90-99)	Ступінь II (САТ 160-179 або ДАТ 100-109)	Ступінь III (САТ > 180 або ДАТ > = ПО)
Без інших факторів	Середній ризик	Середній ризик	Низький додатковий ризик	Середній додатковий ризик	Високий додатковий ризик
1-2 фактори ризику	Низький додатковий ризик	Низький додатковий ризик	Середній додатковий ризик	Середній додатковий ризик	Дуже високий додатковий ризик
3 або більше факторів ризику або УОМ, або	Середній додатковий ризик	Високий додатковий ризик	Високий додатковий ризик	Високий додатковий ризик	Дуже високий додатковий ризик
Асоційовані клінічні стани	Високий додатковий ризик	Дуже високий додатковий ризик	Дуже високий додатковий ризик	Дуже високий додатковий ризик	Дуже високий додатковий ризик

Примітки: САТ - систолічний артеріальний тиск; ДАТ- діастолічний артеріальний тиск; УОМ - ураження органів-мішеней

Терміни низький, помірний, високий та дуже високий ризик вказують на приблизний абсолютний 10-річний ризик виникнення серцево-судинного захворювання за Фремінгемськими критеріями відповідно нижче 15 %, 15-20 %, 20-30 % та вище 30 %, або приблизний абсолютний ризик фатального серцево-судинного захворювання нижче 4 %, 4-5 %, 5-8 % та вище 8 % за даними проекту SCORE (2003). Вказівки на наявність ризику навіть в осіб з „нормальними" цифрами АТ з'являються з огляду на визначення „оптимального" АТ.

Для висновку, щодо наявності АГ слід врахувати різницю у вимірах в домашніх умовах та в кабінеті лікаря (офісний АТ) табл. 4.

**Порогові рівні АТ для визначення гіпертензії
при різних типах вимірювання АТ**

Типи вимірювання	Систолічний АТ, мм.рт.ст	Діастолічний АТ, мм.рт.ст.
Офісне або клінічне	140	90
24-годинне амбулаторне	125	80
Вдома (самостійне)	135	85

Реабілітаційні заходи у хворих на АГ повинні передбачати модифікацію факторів ризику та медикаментозне лікування.

Модифікація факторів ризику, як метод немедикаментозної реабілітації.

Немедикаментозні втручання, крім зниження АТ, також зменшують потребу в антигіпертензивних препаратах та підвищують ефективність їх використання.

Вони передбачають:

- Відмову від паління
- Зниження маси тіла (втрата 1кг маси призводить до зниження САТ на 3 мм.рт.ст, ДАТ на 1-2 мм.рт.ст)
- Зниження вживання алкогольних напоїв. Споживання алкоголю не повинне перевищувати 30 мл спирту в день (300 мл вина, 700 мл пива).
- Збільшення фізичних навантажень (30-45 хв швидкої ходи 3-5 разів на тиждень).
- Зниження вживання повареної солі (споживання до 6 г на день супроводжується зниженням САТ на 5-10 мм.рт.ст., ДАТ на 2 мм.рт.ст.)
- Комплексна зміна режиму харчування (збільшення вживання рослинної їжі, зменшення вживання насичених жирів, збільшення в раціоні калію, кальцію і магнію) - DASH -дієта (споживання солі до 3 г у день).

Основні цілі медикаментозної терапії в хворих з артеріальною гіпертензією :

- знизити підвищений АТ до цільового рівня, який необхідно підтримувати кожний день протягом усіх 24 год. на добу, не допускаючи при цьому надмірного зниження АТ на максимумі дії антигіпертензивних препаратів.

- запобігти виникненню структурно-функціональних змін у мішенях або викликати їхній зворотній розвиток:

- у серці - зменшити масу гіпертрофованого міокарда лівого шлуночка

та поліпшити його діастолічну функцію;

- у нирках - зменшити мікро- і макроальбумінурію та запобігти прогресуючому зниженню швидкості клубочкової фільтрації;
- у головному мозку - знизити нижню та верхню межі ауторегуляції мозкового кровотоку та сповільнити розвиток стенозуючих уражень поза- та внутрішньо-черепних артерій, які кровопостачають головний мозок;
- у сітківці очей - запобігти розвитку гіпертонічної ретинопатії III-IV ступеню та пов'язаного з нею ослаблення зору.

Досягнення вказаних цілей дозволить запобігти розвитку порушень мозкового кровообігу, інфаркту міокарда, раптової серцевої смерті, серцевої та ниркової недостатності, а у кінцевому рахунку поліпшити віддалений прогноз.

В результаті комбінованих (немедикаментозних та медикаментозних) заходів реабілітації у хворих на АГ необхідно досягти так званих цільових рівнів АТ: 140/90 мм.рт.ст., а при добрій переносимості терапії - ще до нижчих; в пацієнтів з цукровим діабетом - нижче 130/80 мм.рт.ст.. Цільові рівні АТ, а також можливість їх досягнення можуть залежати від попереднього рівня АТ, особливо систолічного. Інколи досить важко досягнути рівнів систолічного АТ нижче 140 мм.рт.ст., особливо у літніх пацієнтів.

У більшості пацієнтів з АГ лікування потрібно починати поступово та досягати цільових показників АТ протягом кількох тижнів.

Основні принципи медикаментозного лікування

Потреба у моно- чи комбінованій терапії залежить від вихідних показників АТ. У пацієнтів з гіпертензією 1-го ступеню ймовірність успіху монотерапії більша. У хворих на гіпертензію 2-го і 3-го ступенів монотерапія успішна лише у 25-40 % випадків.

Залежно від вихідного АТ, наявності або відсутності ускладнень, раціональний підхід полягає у застосуванні на початку лікування низької дози одного препарату, або комбінації двох препаратів також у низьких дозах. У випадку відсутності ефективного контролю АТ при монотерапії низькими дозами наступними етапами можуть бути: перехід на низьку дозу іншого препарату, збільшення дози першого обраного лікарського засобу (з більшою ймовірністю виникнення побічних ефектів) або перехід на комбіновану терапію. Якщо терапія почалася з комбінації двох препаратів у низьких дозах, можна далі використовувати комбінацію препаратів у більших дозах або додати низьку дозу третього препарату (як правило - діуретика).

Недолік початку терапії з двох препаратів, навіть у низьких дозах, полягає у можливості експозиції пацієнта до препарату, який не є необхідним.

Переваги комбінованої терапії полягають у тому, що: 1) при застосуванні двох препаратів з різними механізмами дії збільшується ймовірність контролю АТ та ускладнень гіпертензії; 2) при застосуванні комбінацій перший та другий препарати можна призначити у діапазоні низьких доз, при яких зменшується ймовірність виникнення побічних ефектів.

Рекомендується використання препаратів тривалої дії, які забезпечують

ефективність протягом 24 годин при прийомі один раз на день. Переваги цих препаратів: краща переносимість терапії, зменшення до мінімуму варіабельності АТ, що, можливо, забезпечить кращий захист від ризику виникнення серцево-судинних ускладнень.

Вибір антигіпертензивних препаратів

Основні класи антигіпертензивних засобів: діуретики, β -адреноблокатори, антагоністи кальцію, інгібітори АПФ та антагоністи рецепторів ангіотензину - підходять для початку та продовження антигіпертензивної терапії. Альфа-адреноблокатори також можуть розглядатися як можливі засоби лікування для комбінованої терапії.

Згідно рекомендаціям ЄТГ, обрання класу препаратів, які повинні застосовуватися першими, залежить від ураження органів-мішеней або наявності асоційованих захворювань та серцевої недостатності. Показання та протипоказання для застосування окремих класів препаратів наведені у табл. 5.

Табл. 5

Показання та протипоказання для найважливіших класів антигіпертензивних засобів

Клас	На користь використання	Протипоказання	
		Обов'язкові	Можливі
Діуретики (тіазидові)	Застійна серцева недостатність; гіпертензія в літньому віці; ізольована систолічна гіпертензія; гіпертензія в осіб афри-канського походження	Подагра	Вагітність
Діуретики (петлеві)	Ниркова недостатність; застійна серцева недостатність		
Діуретики (антагоністи альдостерону)	Застійна серцева недостатність; після інфаркту міокарда	Ниркова недостатність; гіперкаліємія	
β -адреноблокатори	Стенокардія; після інфаркту міокарда; застійна серцева недостатність (титрування дози); вагітність; тахіаритмії	Астма; хронічні обструктивні захворювання легень; АВ-блокада II або III ступеня	Захворювання периферичних судин; нетолерантність до глюкози; атлети та фізично активні пацієнти
Антагоністи кальцію (дигідропіридини)	Гіпертензія в літньому віці; ізольована систолічна гіпертензія, стенокардія; захворювання периферичних судин; атеросклероз сонних артерій; вагітність		Тахіаритмії; застійна серцева недостатність

Антагоністи кальцію (верапаміл, дилтіазем)	Стенокардія; атеросклероз сонних артерій; суправентрикулярна тахікардія	АВ-блокада II або III ступеня; застійна серцева недостатність	
Інгібітори АПФ	Застійна серцева недостатність; дисфункція лівого шлуночка; після інфаркту міокарда; недіабетична нефропатія; нефропатія при цукровому діабеті I типу; протеїнурія	Вагітність; гіперкаліємія білатеральний стеноз ниркових артерій	
Антагоністи рецепторів ангіотензину II	Нефропатія при цукровому діабеті II типу; діабетична мікроальбумінурія; протеїнурія; гіпертрофія лівого шлуночка; кашель на фоні застосування інгібіторів АПФ	Вагітність; гіперкаліємія; білатеральний стеноз ниркових артерій	
α -адреноблокатори	Доброякісна гіперплазія простати; гіперліпідемія	Ортостатична гіпотензія	Застійна серцева недостатність

Ефективними та добре переносимими вважаються такі комбінації двох препаратів:

- діуретик і β -адреноблокатор;
- діуретик та інгібітор АПФ або антагоніст рецепторів ангіотензину II;
- антагоніст кальцію (дигідропіридиновий) і β -адреноблокатор;
- антагоніст кальцію та інгібітор АПФ або антагоніст рецепторів ангіотензину II;
- антагоніст кальцію та діуретик;
- α -адреноблокатор та β -адреноблокатор.

При необхідності можуть застосовуватися інші комбінації (наприклад, з центральними засобами дії, у тому числі агоністами α 2-адренорецепторів та модуляторами імідазолінових рецепторів, або інгібіторів АПФ з антагоністами рецепторів ангіотензину II). В багатьох випадках може бути необхідним призначення трьох або чотирьох препаратів. В лікуванні хворих на АГ з метаболічним синдромом широке використання знаходить селективний агоніст центральних рецепторів до імідазолина - моксонідін.

Необхідно враховувати можливість побічних ефектів. Зокрема, виникнення деяких побічних ефектів характеризуються подібною частотою для всіх препаратів одного класу (наприклад, кашель для інгібіторів АПФ), тоді як для інших небажаних впливів в межах одного класу можливі відмінності щодо їх індукування (наприклад, рідше виникнення втоми або феномену Рейно при застосуванні β -адреноблокаторів з вазодилатуючими властивостями; відсутність запорів при застосуванні дигідропіридинових антагоністів кальцію; відсутність тахікардії при застосуванні верапамілу та дилтіазему).

Медикаментозне антигіпертензивне лікування в рамках “високого

нормального” АТ рекомендується категоріям пацієнтів з інсультом, ІХС, цукровим діабетом та іншими асоційованими захворюваннями, також хворим з високим ступенем ризику серцево-судинних ускладнень. Ретельний контроль АТ без спеціальних втручань для його зниження рекомендують пацієнтам з помірним або низьким загальним ризиком, яким найбільшу користь дають заходи з корекції способу життя та інших факторів ризику (наприклад куріння).

Терапевтичні підходи при різних клінічних станах у пацієнтів літнього віку

Рандомізовані контрольовані дослідження показали, що антигіпертензивна терапія є необхідною літнім пацієнтам із систоло-діастолічною гіпертензією чи ізольованою систолічною гіпертензією з огляду на зменшення серцево-судинної захворюваності та смертності. Початок антигіпертензивної терапії в старших вікових групах здійснюється за загальними принципами, але повинен здійснюватись поступово.

Вимірювання АТ проводити у положеннях сидячи та стоячи для виключення постуральної гіпотензії на фоні лікування. Необхідно пам'ятати про можливість “гемодинамічного удару”, який завищує реальні показники АТ при атеросклеротичних змінах плечових артерій.

При виборі першого препарату потрібно зважати на те, що у багатьох літніх пацієнтів наявні інші фактори ризику, ураження органів-мішеней та асоційовані клінічні стани. У багатьох пацієнтів доцільніше використовувати два або більше препарати для контролю АТ, особливо з огляду на часті труднощі зниження САТ до рівня нижче 140 мм.рт.ст.

Пацієнти з АГ та цукровим діабетом

Нефармакологічні заходи (особливо зменшення маси тіла та споживання солі) повинні пропонуватись всіх пацієнтів з цукровим діабетом II типу, незалежно від рівня АТ. Цих заходів може бути достатньо для нормалізації АТ у пацієнтів з високим нормальним АТ або гіпертензією 1-го ступеню. Крім того, вони можуть полегшувати контроль рівня АТ антигіпертензивними засобами.

Рекомендують використовувати всі ефективні та добре переносимі антигіпертензивні засоби в звичайних комбінаціях. Однак отримані докази відносно нефропротекторного захисту при включенні в ці комбінації інгібіторів АПФ при цукровому діабеті I типу та антагоніста рецепторів до ангіотензину при цукровому діабеті II типу. У пацієнтів з цукровим діабетом II типу з високим нормальним АТ в ряді випадків цільовий рівень АТ досягається на фоні монотерапії, де альтернативним препаратом повинен бути блокатор ренін-ангіотензинової системи. З групи бетаблокаторів доведена можливість застосування бісопрололу, карведілолу, метопрололу.

Пацієнти із супутніми церебро-судинним захворюваннями

Пропонується активне лікування за гнучкою схемою, в якій основним засобом

повинен бути інгібітор АПФ, до якого при необхідності додається індопамід, що зменшує частоту повторних інсультів на 28%, частоту серцево-судинних ускладнень - на 26 %. У дослідженнях, які ще проводяться, шукаються відповіді на запитання, чи потрібно знижувати підвищений рівень АТ при гострому інсульті та до яких цифр.

Пацієнти з АГ та порушеною функцією нирок

Рекомендується інтенсивно знижувати рівень АТ у всіх пацієнтів з гіпертензією та порушеною функцією нирок. Часто потрібно розглядати доцільність інтегрованого терапевтичного втручання (антигіпертензивні засоби, статини, антитромбоцитарна терапія), що зумовлено підвищенням у них загального серцево-судинного ризику ускладнень

Резистентна до лікування артеріальна гіпертензія

Гіпертензію можна назвати резистентною до лікування, або рефрактерною, якщо при включенні в план терапії заходів з корекції способу життя, а також трьох препаратів у адекватних дозах не вдалося достатньо знизити рівні систолічного та діастолічного АТ. У цих ситуаціях необхідно розглянути доцільність спеціалізованої допомоги, оскільки резистентна гіпертензія часто поєднується з пошкодженням органів-мішеней.

Однією з найважливіших причин резистентності гіпертензії є понижена чутливість пацієнтів до терапії. В цьому випадку після невдачі всіх інших заходів корисним може бути припинення застосування всіх медикаментів під ретельним медичним наглядом. Відновлення лікування за новою та простішою схемою може дозволити розірвати "зачароване коло". Необхідно враховувати та корегувати прийом препаратів, які можуть підвищувати АТ (зокрема, наслідки використання нестероїдних протизапальних засобів бажано корегувати препаратами з групи антагоністів кальцію).

Лікування асоційованих факторів ризику

Контроль глікемії. Завданнями лікування є досягнення рівня глюкози в плазмі натще 6,0 ммоль/л та менше (середнє значення з кількох вимірів) і HbA1c - 6,5 % та менше.

Контроль показників ліпідного спектру. Всі пацієнти віком до 80 років з ІХС, захворюваннями периферичних судин, анамнестичними вказівками на ішемію, інсульт або тривалий анамнез цукрового діабету II типу повинні отримувати препарат з групи статинів, якщо у них рівень загального холестерину більше 3,5 ммоль/л з метою зменшення його приблизно на 30%.

Антитромбоцитарна терапія. Антитромбоцитарна терапія, особливо аспірин у низькій дозі, повинна призначатися пацієнтам, які раніше перенесли серцево-судинні ускладнення, оскільки вона дозволяє зменшити ризик інсульту та інфаркту міокарда (за умови відсутності надлишкового ризику кровотечі). При гіпертензії доведений сприятливий ефект аспірину (зменшення ймовірності інфаркту міокарда більше, ніж надлишковий ризик виникнення кровотечі) в пацієнтів віком старше

50 років навіть з підвищеним вмістом креатиніну в сироватці або з 10 річним загальним серцево-судинним ризиком 20% та вище. До призначення аспірину в низькій дозі потрібно досягнути адекватного контролю АТ.

Фізичну реабілітацію на госпітальному етапі починають після купування кризи. Потужність навантаження повинна складати 30-50 % від порогового навантаження, встановленого при ВЕМ. Об'єм навантаження не повинен викликати симптомів, які б загрожували розвитку ускладнень. Розпочинати фізичну активацію можна при рівні АТ не вище 220/120 мм.рт.ст. Недостатність кровообігу, нирок та інші важкі стани є протипоказаннями до фізичної реабілітації хворих з АГ. Виникнення при фізичному навантаженні таких ознак, як падіння АТ, досягнення граничної частоти пульсу, поява ознак ішемії міокарду, порушення ритму та провідності, ознак слабкості або втоми, церебральних порушень - також є протипоказаннями до фізичної реабілітації.

Психотерапія при АГ являється важливим компонентом її медичної реабілітації в зв'язку з відомим значенням психологічних перевантажень та психотравмуючих ситуацій, психологічних стресів в її генезі.

Задача психологічної реабілітації – врівноваження процесів вищої нервової діяльності, усунення напруги та тривоги, стимуляція гальмівного процесу.

Методи психологічної реабілітації:

- поведінкова терапія;
- раціональна психотерапія;
- навчання навикам адекватної реакції на стресові впливи.

Вказані методи забезпечуються в основному психотерапевтичними розмовами з пацієнтом.

- психорелаксуюча терапія, яка включає прогресивну м'язову релаксацію, аутогенні тренування, медитативні методики, поведінкову терапію з використанням принципу біологічного зворотнього зв'язку.
- медикаментозна терапія: використання транквілізаторів, β -адрено-блокаторів, снодійних, антидепресантів або малих нейролептиків.

Фізіотерапію використовують після ліквідації гострої фази кризи та зниження АТ до допустимих цифр. Частіше весь арсенал фізіотерапевтичних заходів проводиться на II, III та IV етапах реабілітації. На госпітальному етапі обмежуються використанням лікувального електрофорезу, гальванізації комірцевої області з використанням сульфату магнію, папаварину, аміназину, проведенням масажу.

Враховуючи значну вартість перебування хворого в спеціалізованих відділеннях (кардіологічному, судинному) – тривалість стаціонарної фази реабілітації в сучасних умовах піддається максимальному скороченню. Для оцінки ефективності та можливого завершення I етапу реабілітації існують наступні показники (табл. 6).

Оцінка ефективності реабілітації хворого з артеріальною гіпертензією в умовах стаціонару

Показник	Оцінка ефективності, бал			
	задовільний	сумнівний	незадовільний	потребує зміни тактики лікування
Середній гемодинамічний тиск, мм.рт.ст.	70-84	85-99	100-109	110 і вище
Діастолічний артеріальний тиск, мм.рт.ст.	До 100	101-110	111-120	120 і вище
ЕКГ: ритм	Синусовий не більше 90 або не менше 60 в 1 хв.	Екстрасистолія до 3 в 1 хв.	Екстрасистолія більше 5 в 1 хв., миготлива нормосистолична аритмія	Групові екстрасистоли, миготлива аритмія тахі- або брадісистолична форма
провідність	Неспецифічна внутрішньощлуночкова блокада	Синоаурикулярна блокада II ступеню, АВ-блокада II ступеню, блокада однієї з гілок пучка Гіса	Синоаурикулярна блокада II ступеню, АВ-блокада II-III ступеню, блокада однієї з ніжок пучка Гіса	Двостороння біфасцикулярна блокада пучка Гіса
Ознаки ішемії міокарда	Негоризонтальна депресія сегменту ST в стандартних відведеннях менше 0,5 мм, в грудних – менше 1 мм	Горизонтальна депресія сегменту ST в стандартних відведеннях менше 0,5 мм, в грудних – менше 1 мм, зубець T негативний, асиметричний, заокруглений, менше 5 мм або двогорбий зглажений	Поєднання депресії сегменту ST та змін зубця T	Горизонтальна депресія або підйом сегменту ST більше 0,5 мм в стандартних та більше 1 мм в грудних відведеннях, або “коронарний” загострений зубець T більше 5 мм
Навантажувальні проби: питома потужність, Вт/кг	1,01-2,0	0,71-1,0	0,51-0,7	0,31-0,5
Подвійний добуток	до 170	171-199	200 та більше	Навантажувальні проби не показані
Діастолічна	0,73-0,95	0,71-1,17	1,98-2,72	Те ж

дисфункція при ізометричному навантаженні (ЕхоКГ індекс, од.)				
Ліпідний обмін: - загальний холе-стерин, ммоль/л; - ліпопротеїди високої щільності, % від загального холестерину; - індекс атерогенності	До 5,69 25-37 До 3,5	5,69-6,47 15-25 3,6-4,4	6,48-7,77 15-7 4,5-5,5	більше 7,78 менше 7 більше 5,5
Фібриноген мкмоль/л	12,1-14,7	15,0-17,6	17,7-20,6	більше 20,6
Стан судин очного дна	Без змін або нестійкість калібру судин	Гіпертонічна ангіопатія, співвідношення судин 1:3	Гіпертонічна ангіопатія та склероз судин	Гіпертонічна ангіопатія, склероз судин та крововиливи

Успіх подальших II (раннього) та III (пізнього) амбулаторних етапів залежить від ефективності міроприємств 1-го етапу та дотримання всіх вимог диспансеризації хворих на АГ. Здійснюється в амбулаторних умовах під наглядом лікаря поліклініки або в центрах реабілітації хворих державного та комерційного підпорядкування. Тривалість II етапу в середньому складає біля 3-х місяців, III етапу - близько 1-2 місяців. Перехід від II до III етапу здійснюється при стабілізації стану хворого та досягненні бажаних результатів завдяки фізичним навантаженням. Початок III етапу характеризується підвищенням вимог до фізичних можливостей організму, по-можливості, відмовою від медикаментозної терапії або зупинкою на підтримуючих (мінімальних) дозах препаратів, продовженням немедикаментозних методів лікування.

Стани, при яких хворий не може бути включений в програму амбулаторної реабілітації:

- артеріальна гіпертензія 200/110 мм рт.ст. або вище в спокої, яка не піддається лікуванню;
- неконтрольована або нестабільна стенокардія, яка ускладнила перебіг АГ, або існує супутньо;
- неконтрольована екстрасистолія передсердь або шлуночків;
- значно виражені аортальний або митральний стенози, або недостатність (недостатньо ліковані);
- передсердно-шлуночкова блокада серця III ст. без використання пейсмекера;
- гострий перикардит або міокардит;
- симптоматична застійна серцева недостатність, неадекватно лікована;
- неконтрольований (лабільний або декомпенсований) цукровий діабет;
- гостре системне або інфекційне захворювання неясної етіології;
- тромбофлебіт або недавня емболія;

- ортопедичні проблеми або артрит, які не дозволяють виконувати фізичні навантаження.

Медикаментозна терапія на амбулаторних етапах продовжується згідно з рекомендаціями, даними в стаціонарі та корегується лікарем поліклініки в залежності від стану хворого. Саме на цих етапах важливе значення має контроль АТ лікарем та самостійно пацієнтом в домашніх умовах.

Режими вимірювання АТ пацієнтом в домашніх умовах

Етап	Рижим вимірювання АТ
Підбір/зміна антигіпертензивної терапії	Дворазове вимірювання АТ ранком (протягом однієї години після пробудження, до сніданку та ввечері (до вечері або не менше ніж через дві години після вечері); при появі суб'єктивних відчуттів підвищеного або зниженого АТ; через 1-2 години після прийому антигіпертензивного препарату протягом 14 днів. Показник АТ в ранкові та вечірні години, середній рівень АТ та показники АТ через 1-2 години після прийому препарату аналізуються окремо.
Інтенсивне моніторування	Дворазове вимірювання АТ автоматичним пристроєм кожні 30 хвилин в активний період

Фізична реабілітація на диспансерно-поліклінічному етапі сприяє підвищенню толерантності серцево-судинної системи хворого до фізичних навантажень, відновленню та підтримці працездатності, можливості часткової відмови від медикаментозного лікування, боротьбі з деякими факторами ризику АГ. Фізичне навантаження в ході тренувань повинно бути достатньо тривалим (близько 40 хвилин), середньої інтенсивності - близько 50 % від порогової потужності, не повинне викликати патологічної реакції серцево-судинної системи, САТ не перевищувати 200 мм.рт.ст. В подальшому - навантаження можуть зростати по тривалості та інтенсивності (найкращі методи - це дозована ходьба, їзда на велосипеді, біг, плавання та інше).

Програма фізіотерапевтичних заходів на етапі спостереження включає: 4 групи фізичних факторів:

- фактори, які діють на нейрофізіологічні та гемодинамічні процеси в ЦНС: електросон, лікувальний електрофорез, гальванізація, перемінне магнітне поле;
- фактори, які стимулюють периферичні вазодепресорні механізми: дія на синокаротидну область діадинамічними або синусоїдально-модульованими струмами.
- фактори, які діють на ниркову гемодинаміку: індуктотермія, ультразвук, гальванізація, перемінне магнітне поле на область нирок.
- водобальнеотерапія.

В ході диспансерного нагляду за хворими на АГ рекомендується наступна періодичність оглядів:

- 1) Контроль при пограничній АГ I ст. – один раз в рік, при АГ II ст. – два рази в рік. Поряд з загальноклінічним обстеженням хворого в вказані строки проводять також лабораторні дослідження (загальний аналіз крові, сечі, цукор крові, тригліцериди, креатинін, сечовина), ЕКГ, хворий оглядається окулістом (дослідження гостроти зору, огляд очного дна).
- 2) Контроль за ефективністю немедикаментозних методів лікування при пограничній АГ I ст. необхідно проводити не рідше одного разу на рік. При призначенні хворим I ст. медикаментозного лікування в процесі підбору підтримуючої дози гіпотензивного препарату – контроль не рідше одного разу на рік. Профілактичні курси лікування підібраними препаратами призначають цій групі хворих два-три рази на рік з відповідним контролем за рівнем АТ.
- 3) У хворих з АГ II та III стадій після стаціонарного лікування необхідно проводити контроль кожних два тижні. При стабілізації АТ та добрій переносимості препаратів подальший контроль у перші 6 місяців здійснюється один раз в місяць, в подальшому – один раз в два місяці. В вказані строки здійснюється загальноклінічний огляд хворих та виконуються вказані вище лабораторні дослідження, записується ЕКГ, ЕхоКГ, хворий оглядається окулістом. Лікування хворих з АГ II та III стадій повинне бути безперервним зі зниженням доз препаратів до підтримуючих в періоди покращення стану.

Диспансеризацію хворих з АГ здійснює терапевт. Кардіолог, офтальмолог, психоневролог оглядають хворого не рідше одного разу на рік, а ендокринолог та уролог – по показанням.

IV етап реабілітації – етап підтримки досягнутого. В основному передбачає санаторно-курортне лікування, оздоровлення в реабілітаційних центрах, на курортах. Як правило, хворих з АГ направляють в санаторії в відповідності до існуючих показань санаторно-курортного відбору. В санаторій слід направляти пацієнтів з початковими стадіями захворювання, яким показані курси немедикаментозної терапії, а також хворих з АГ, які отримують медикаментозне лікування з уже відпрацьованою, підтримуючою дозою гіпотензивного препарату, для додаткового лікування немедикаментозними методами.

Показання до санаторно-курортного лікування хворих з АГ:

- I та II ст. захворювання з повільно прогресуючим перебігом при відсутності судинних кризів, виражених вражень артерій мозку, серця, нирок, розладів ритму та провідності, при недостатності кровообігу не вище II А стадії. Цим групам хворих проводиться лікування на кліматичних бальнеологічних курортах і в місцевих кардіологічних санаторіях;
- III стадія захворювання в фазі компенсації без важких судинних кризів, при відсутності значних порушень коронарного кровообігу та функції нирок, при недостатності кровообігу не вище II А ст.. Вказаним групам хворих дозволяється лікування лише в місцевих кардіологічних санаторіях.

Протипоказання до санаторно-курортного лікування хворих з АГ:

- АГ III стадії з перенесеним недавно інфарктом, інсультом, з вираженим нефроангіосклерозом, недостатністю кровообігу II-III стадій, важкими порушеннями ритму, вираженою ретинопатією;
- Супутня ішемічна хвороба серця, яка супроводжується частими приступами стенокардії напруження та спокою, явищами лівошлуночкової недостатності;
- Тромбоемболічні стани.

АГ вище II стадії – є протипоказанням для направлення на грязьові та бальнеологічні курорти.

Основні задачі санаторного лікування: подальше підвищення фізичної працездатності хворих, стабілізація перебігу АГ, вторинна профілактика її загострень. Основу медичної реабілітації в санаторії складає переважно використання природних лікувальних факторів курорту в комплексі з медикаментозною терапією, використання преформованих фізичних факторів, лікувального харчування та лікувальної фізкультури. Об'єм та склад комплексного лікування визначаються кліматоруховим режимом, який призначають хворому, при чому обов'язковим є виділення періоду адаптації з наступним призначенням щадного (першого) режиму, а по мірі адаптації до клімату та навантажень переходом до тонізуючого режиму (другого), а в найбільш благоприємних випадках – і до тренуючого (третього) режиму.

Основні методи фізіотерапії, що застосовують хворим з АГ:

- кліматотерапія;
- геліотерапія;
- талассотерапія;
- бальнеотерапія;
- газові ванни.

Можливості фізичної реабілітації на санаторному етапі значно ширші ніж на інших етапах. Її застосовують в вигляді ранкової гігієнічної гімнастики, лікувальної гімнастики груповим методом, дозованої ходьби та теренкуру, лікувального плавання, спортивних ігор (бадмінтон, теніс), ближнього туризму. Кожна з форм ЛФК має загальнооздоровчу, тренуючу та психотерапевтичну дію. Дозування вправ, інтенсивність їх виконання визначають з врахуванням індивідуальних клініко-фізіологічних особливостей, рівня артеріального тиску, стану загального та коронарного кровообігу, толерантності до фізичних навантажень.

Професійна реабілітація

Професійна реабілітація (ПР) – система державних та суспільних мір, направлених на повернення або включення інваліда в суспільно-корисну працю в відповідності до стану його здоров'я, працездатності, особистих здібностей та побажань.

ПР хворих на артеріальну гіпертензію проводиться інвалідам з обмеженням здатності до трудової діяльності I та II ст..

При обмеженні здатності до трудової діяльності I ст., мова може йти:

- про нездатність інваліда продовжувати роботу в своїй професії і про можливість працювати в повному обсязі в звичайних виробничих умовах в інших професіях;
- про можливість інваліда продовжувати роботу в своїй професії зі зменшенням обсягу роботи та (або) із зниженням кваліфікації.

При обмеженні здатності до трудової діяльності II ст., хворий може виконувати роботу лише у спеціально створених умовах з використанням допоміжних засобів та (чи) спеціально обладнаного робочого місця, за допомогою інших осіб.

Система мір професійної реабілітації включає в себе:

- медико-соціальну експертизу;
- підготовку інваліда до професійної праці;
- професійну орієнтацію;
- підготовку виробництва до використання праці інвалідів;
- міри по забезпеченості зайнятості інвалідів;
- динамічне спостереження та контроль за раціональністю працевлаштування, а також визначення успішності соціально-трудової адаптації інвалідів;
- міри по соціально-трудої адаптації інвалідів на підприємстві.

Основні вимоги при підборі професії інвалідам внаслідок артеріальної гіпертензії:

- професії повинні бути не шкідливими та безпечними, по можливості запобігати виникненню серцево-судинних ускладнень, з обмеженням факторів ризику їх виникнення, сприяти відновленню або компенсації порушених функцій органів-мішеней (серцева, судинна, ниркова недостатності та ін.);
- інвалід повинен бути придатним до роботи в професії, яка рекомендується, якісно, ефективно і в повному обсязі виконувати посадові та функціональні обов'язки, бути конкурентно спроможним в даній професії на ринку праці;
- професія повинна відповідати здібностям та бажанням інваліда;
- повинна найбільш цілісно відповідати рівню загальноосвітньої та професійної підготовки інваліда, його професійному досвіду та знанням, сформованому робочому стереотипу, бути перспективною для кваліфікаційного зростання;
- в рекомендованій професії повинні бути реальні можливості для працевлаштування інваліда.

Рекомендовані умови праці для інвалідів з обмеженням здатності до трудової діяльності I ст. (як правило інвалідів третьої групи).

1. Оптимальні та допустимі санітарні та гігієнічні умови виробничого середовища по фізичним (шум, вібрація, інфразвук, ультразвук, мікроклімат), хімічним (шкідливі речовини, судинні та аноксемічні промислові отрути) та біологічним фактором.
2. Робота з незначним та помірним фізичним, динамічним та статичним навантаженнями.

3. Робота переважно в вільному положенні тіла без необхідності частої, швидкої та значної переміни його в просторі.
4. Робота в одну (денну) зміну.
5. Робота з незначним та помірним інтелектуальним, сенсорно-емоційним навантаженнями, без ризику для життя та відповідальності за безпеку інших людей.

При обмеженні здатності до трудової діяльності II ст. перелік можливих робіт значно зменшується, що обумовлено вираженими функціональними порушеннями задіяних систем в результаті ускладненого перебігу артеріальної гіпертензії (наприклад, порушення функції верхніх та нижніх кінцівок, зору та ін.) та високого ризику розвитку повторних ускладнень з подальшим прогресуванням патології. Тому такі хворі при умові стабілізації процесу можуть виконувати працю тільки в спеціально створених умовах: з значно скороченим робочим днем за умови показаних видів праці, з індивідуальними нормами виробки, введенням додаткових перерв з суворим дотриманням санітарно-гігієнічних норм, оснащенням робочого місця спеціальними технічними засобами, з систематичним медичним спостереженням, можливістю повністю або частково працювати на дому та ін..

Хворим з артеріальною гіпертензією протипоказані:

- значні постійні фізичні динамічні та статичні навантаження по підйому, переміщенню, утриманню вантажів (будівельники, прибиральники, механізатори), робота пов'язана з тривалою ходьбою (листоноші, кур'єри), робота, припинення якої може спричинити шкоду людям або хворому (водії транспорту, льотчики, диспетчери та інші);

- робота в вимушених положеннях тіла з вираженою монотонністю (тривала праця в антифізіологічній позі – за комп'ютером, друкарською машинкою), з частими нахилами тулубу (учитель фізичного виховання, збірники урожаю), з швидким темпом праці, з вимогами точних висококоординаторних дій (гранувальники дорогоцінних металів, годинникові майстри – більш характерне для хворих з порушенням функції верхніх кінцівок після ГПМК та з вираженою неврологічною симптоматикою);

- регламентований (заданий) темп та ритм роботи (робота на конвеєрі);

- значно виражені інтелектуальні та емоційні навантаження, як хронічні, так і епізодичні (робота з високою адміністративною та матеріальною відповідальністю та ін.);

- дія підвищених рівней шуму, вібрації, електро-магнітних полів, неблагодіючих умов мікроклімату (робота в гарячих та шумних цехах, в умовах підвищеного атмосферного тиску та інше), робота з судинними та аноксемічними промисловими ядами;

- робота в нічні зміни, з тривалим робочим днем (більше 8 годин), з необхідністю частих командировок;

- робота в екстремальних умовах, на висоті, с підвищеним ризиком для життя (висотники, електромонтери, випробувальники та ін.).

Перелік протипоказань розширюється в залежності від вираженості ураження органів – мішеней, так при переважному залученні судин серця –

протипоказана фізична праця середньої важкості, судин головного мозку – розумова праця з помірними нервово-психічними навантаженнями, судин нирок – робота, пов'язана з переохолодженням, в сирому холодному приміщенні.

Окремі категорії інвалідів потребують професійного навчання та перенавчання. Сюди відносяться інваліди, не здатні продовжувати роботу в своїй попередній професії, безробітні інваліди. Професійне навчання інвалідів проводиться з врахуванням їх професійної орієнтації та підбору в умовах:

- 1) загальної системи професійної освіти;
- 2) системи підготовки безробітних громадян служби зайнятості населення (в середньому тривалістю до 6-ти, інколи до 12-ти місяців);
- 3) спеціалізованої системи професійної освіти інвалідів.

Кінцевою метою професійної реабілітації є раціональне працевлаштування інваліда та їх соціально-трудова адаптація. Критеріями раціонального працевлаштування інвалідів III групи є:

- показаність роботи, яка виконується, що оцінюється відповідністю вимог професійної діяльності стану здоров'я інваліда (тобто відсутність медичних протипоказань до роботи);
- спроможність інваліда виконувати роботу в повному обсязі з достатньою виробничістю праці та якістю, що оцінюється відсутністю технічних протипоказань до роботи;
- можливість кваліфікаційного зростання в професії, яку обрав інвалід (тобто можливість рівноцінного працевлаштування по відношенню до попередньої професії);

Для оцінки раціонального працевлаштування інвалідів з II ст. обмеження здатності до трудової діяльності достатньо використовувати лише перший критерій.

Наводимо приклад трудової рекомендації в ІПР:

Хворий В., 48 років, освіта - 9 класів, СПТУ. Діагноз: Гіпертонічна хвороба II стадії, кризовий перебіг, часті гіпертонічні кризи II порядку середньої важкості, гіпертензивне серце, дисциркуляторна енцефалопатія I-II ст., переважно гіпертонічна, СН II А, діастолічний варіант, III ФК. Працює електрозварювальником на заводі машинобудування. Експертне рішення - інвалідність III групи. Трудові рекомендації: робота електрозварювальником протипоказана. Можна виконувати легку та середньої важкості види праці, в вільному робочому положенні тіла, в благоприємних мікрокліматичних умовах, поза шумних приміщень, нічних змін, наприклад упаковщиком готової продукції, контролером відділу технічного контролю.

Соціальна реабілітація

Соціальна реабілітація (СР) – система соціальних, соціально-психологічних, педагогічних, правових та економічних мір, направлених на створення умов для подолання інвалідами обмежень життєдіяльності та соціальної недостатності шляхом відновлення соціальних навичків та зв'язків, досягнення вільної та незалежної життєдіяльності разом та на рівні зі здоровими громадянами.

Порядок та умови надання послуг по соціальній реабілітації затверджені законом “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” від 12 березня 1992 року.

Соціальної реабілітації потребують інваліди, у яких не вдалося досягти потрібного ефекту на попередніх етапах реабілітації, зокрема виявились малоефективними міри медичної реабілітації та збереглися різні ОЖД в зв'язку з неповним відновленням функцій організму. У інвалідів внаслідок артеріальної гіпертензії це частіше всього наслідки перенесених ГПМК в вигляді стійких функціональних порушень рухової активності кінцівок, функції тазових органів, мовлення, психічних розладів, порушень зору, з декомпенсованими станами (СН ІІІ ст., ХНН ІІІ ст.).

Завданням СР у інвалідів з АТ є відновлення (формування) здатності інваліда до здійснення вільної та незалежної життєдіяльності. Сюди входить:

- елементарна реабілітація - відновлення або підтримання елементарних навичок самообслуговування та пересування (одягання, харчування, дотримання особистої гігієни, орієнтації в просторі і т.д.). Включає в себе, як навички навчання, так і створення допоміжних засобів та умов. Наприклад: використання поїльників, одягу та взуття з врахуванням відсутності перешкод для одягання (без шнурків, без гудзиків, взуття на зручних підборах), використання функціональних ліжок, крісел-каталок, ковчійок, костилів та ін.

- побутова реабілітація - відновлення навичок виконання повсякденної побутової діяльності (ведення домашнього господарства та ін.). Включає перепланування житла, встановлення пандусів, поручнів для пересування по квартирі, пристосування ліфта, перепланування розеток, вимикачів, забезпечення сучасними побутовими технічними засобами (пральні машини - автомати, пилососи, миючі машини та ін.).

- соціально-психологічна реабілітація - направлена на формування якостей, які б дозволили успішно виконувати різні соціальні ролі вдома, бути включеним в різноманітні сфери соціальних відносин.

- педагогічна реабілітація - направлена на корекційне навчання та виховання. При АГ має значення при зниженні здатності інваліда до сприйняття, засвоєння, передачі знань в результаті психічного дефекту (судинна деменція, афективні розлади, астенізація на фоні судинного враження ЦНС).

- сімейна реабілітація - направлена на підготовку інваліда до самостійного та незалежного життя в сім'ї.

- рекреаційна реабілітація - відновлення діяльності, яка охоплює різні види занять, пов'язаних з відпочинком (туризм, творчість, хобі та ін.). Особливе значення має для інвалідів І та ІІ групи.

Описані види соціальної реабілітації забезпечуються різними методами та послугами, починаючи з стаціонару - закінчуючи психологічною та фізичною допомогою членів сім'ї. Включає в себе: соціальну діагностику, консультування по соціальній адаптації, соціальну орієнтацію, навчання інваліда основним соціальним навичкам, соціальний тренінг, забезпечення технічними засобами реабілітації (пр., ТЗР для приготування та прийому їжі, для ведення домашнього

господарства, для орієнтації у просторі і т.п.), пристосування жилих приміщень та обстановки до потреб інваліда соціально-психологічна допомога та підтримка (психо-корекція, психологічний тренінг), правова допомога, забезпечення соціальних гарантій, пільг та ін.

Оцінка результатів реалізації ІПР

Реально отримані результати реабілітації після їх виконання фіксують в відповідному розділі ІПР не пізніше, ніж через рік після початку програми. Найчастіше цей строк співпадає з терміном освідчення на МСЕК. В оптимальному варіанті заключне експертне рішення виноситься по оцінці результатів проведеної реабілітації інваліда.

Оцінку результатів реалізації ІПР проводять по наступних параметрах:

- 1) по повноті її виконання;
- 2) по досягнутих результатах виконання програм медичної, професійної, соціальної реабілітації;
- 3) по динаміці інвалідності:
 - інвалідність не встановлена;
 - встановлена менш важка група інвалідності (часткова реабілітація);
 - група інвалідності залишилась без змін (стабільна інвалідність);
 - встановлена більш важка група інвалідності.
- 4) по ступеню відповідності досягнутих результатів реабілітаційному потенціалу інваліда.

Впровадження в практику медико-соціальної експертизи програм реабілітації призведе до зниження інвалідності серед населення України та супутньо удосконалисть основні підходи та методи її реалізації.

ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДА

1. Прізвище, ім'я, по-батькові _____
2. Вік _____ років. 3. Освіта _____
4. Професія _____
5. Місце роботи _____
6. Місце проживання _____

"Індивідуальна програма реабілітації є обов'язковою для виконання державними органами, підприємствами (об'єднаннями), установами і організаціями".

ЕКСПЕРТНА ДІАГНОСТИКА

7. Клініко-функціональний діагноз _____
8. Соціально-середовищна характеристика _____
9. Професійний статус _____

ЕКСПЕРТНЕ ЗАКЛЮЧЕННЯ

10. Втрата здатності (необхідне підкреслити):

- | | |
|---|-------------------|
| 10.1. - до самообслуговування | (часткова, повна) |
| 10.2. - до пересування | (часткова, повна) |
| 10.3. - до орієнтації | (часткова, повна) |
| 10.4. - до спілкування | (часткова, повна) |
| 10.5. - до контролю за своєю поведінкою | (часткова, повна) |
| 10.6. - до трудової діяльності | (часткова, повна) |

11. Потреба в проведенні реабілітації:

11.1. Медична реабілітація:

11.1.1. відновна терапія _____

11.1.2. реконструктивна хірургія _____

11.1.3. протезування (вказати топіку і рівень) _____

11.2. Соціальна реабілітація:

11.2.1. забезпечення допоміжними побутовими технічними засобами

11.2.2. надання послуг територіальних центрів соціального забезпечення

11.2.3. зміна житлово-побутових умов у відповідності з особливостями захворювання

11.2.4. необхідність проживання чи перебування в спеціальних реабілітаційних установах (зазначити тип установи)

- 11.2.5. надання допоміжних чи автономних засобів пересування _____
- 11.2.6. навчання користуванню технічними засобами, що надаються _____
- 11.2.7. консультативно-інформаційна і соціально-правова допомога _____
- 11.2.8. матеріальна допомога (натуральна або фінансова) _____
- 11.2.9. виховання і загальноосвітнє навчання в спеціалізованих закладах _____
- 11.3. Професійна реабілітація:
- 11.3.1. професійна орієнтація (необхідне підкреслити):
- професійна консультація
 - професійна психофізіологічна діагностика
 - професійний добір.
- 11.3.2. професійне навчання (необхідне підкреслити):
- на виробництві
в середніх спеціальних учбових закладах загального профілю
 - в середніх спеціальних учбових закладах спеціалізованого профілю
 - в вищих учбових закладах
- 11.3.3. раціональне працевлаштування (необхідне підкреслити):
- в умовах звичайного виробництва з обмеженнями _____

ЕТАПНИЙ ЕПІКРИЗ

12. Реалізація індивідуальної програми реабілітації:
- реалізована в повному обсязі в указані строки
 - не реалізована повністю в зазначені строки (вказати щодо кожного заходу причину невиконання) _____
 - реалізована повністю до “_____” _____ 20____ р.
12. Ефективність індивідуальної програми реабілітації:
- клініко-функціональні показники _____
 - соціально-побутові показники _____
 - професійно-виробничі показники _____
14. Підсумкова вартість індивідуальної програми реабілітації _____

Контрольна карта реабілітації інваліда

1. П.І.П. _____
 2. Стаття _____ 3. Рік народження _____
 4. Адреса _____
 5. Місце роботи _____
 6. Посада _____
 (остання перед направленням на МСЕК)

1. Медична реабілітація

Найменування виду лікування	Куди направляється	Час проведення лікування, що планується	Дата контрольного виклику інваліда у МСЕК	Відмітка про виконання

2. Професійна реабілітація

Що рекомендується	Куди направляється	Дата направлення	Дата контрольного виклику у МСЕК	Відмітка про виконання

3. Соціальна реабілітація

відмітити, що рекомендується і його виконання

Ефективність медичної реабілітації:

- поліпшився функціональний стан _____
- поліпшилась працездатність _____
 (яка динаміка інвалідності)

Ефективність професійної реабілітації:

- отримав нову професію, працевлаштований і т.д. _____
 (відмітити)
- поліпшилась працездатність _____
 (відмітити)

Література

1. Клячкин Л.М., Щегольков А.М.. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов // Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2000. – с. 154-163.
2. Сулеева Л.К. Медико-социальная экспертиза при заболеваниях сердечно-сосудистой системы // Практическое пособие. – Днепропетровск: Пороги, 2001. – 164с.
3. Поллок М.Л., Шмидт Д.Х. Заболевания сердца и реабилитация. – Киев: Олимпийская литература, 2000. – с. 218-230
4. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации // Под ред. М.В. Коробова и В.Г. Помникова. – СПб.: Гиппократ, 2003. – с. 33-64, 73-77.
5. Chalmers J, MacMahon S, Mancia G, Whitworth J, Beilin L, Hansson L, Neal B, Rodgers A, Ni Mhurchu C, Clark T. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the management of hypertension. Guidelines subcommittee of the World Health Organization. Clin Exp Hypertens. 1999 Jul-Aug;21(5-6): 1009-60.
6. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: The JNC 7 report. JAMA 2003; 289: 2560-2572.
7. Giuseppe Mancia. Discusses the 2003 ESH/ESC Hypertension Guidelines. The Chair of the new ESH/ESC Hypertension Guidelines compares and contrasts them with the new JNC 7 guidelines. 13th European Meeting on Hypertension, June 13-17. 2003.
8. Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2003; 21: 1011-1053.
9. JNC 7 Express. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute. National High Blood Pressure Education Program. NTH Publication No. 03-5233. May 2003.
10. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. N Engl J Me. 2001; 344: 3-Ю.
11. The ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or CCB vs. diuretic: the Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). JAMA. 2002;288:2981-2997.
12. The EUROpean trial On reduction of cardiac events with Perindopril in Stable coronary Artery dis-ease Investigators. Efficacy of perindopril in reduction of

cardiovascular events among patients stable coronary artery disease: randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial (the EUROPA study). Lancet 2003;

13. Маколкин В.Й. Особенности лечения артериальной гипертензии в различных клинических ситуациях // РМЖ. – 2002. – Том 10, № 17.
14. Свищенко Е.П., В.Н.Коваленко. Артериальная гипертензия. Практическое руководство. Киев. «Морион», 2001. 527с.
15. Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертензии в Российской Федерации. Первый доклад экспертов Научного общества по изучению артериальной гипертензии, Всероссийского научного общества кардиологов и Межведомственного совета по сердечно-сосудистым заболеваниям (ДАТ 1) // РМЖ, Том 8 № 8, 2000.

Підписано до друку 24.07.2004 Формат 29,7х42 1/4.
Гарнітура Times New Roman.
Папір офсетний. Друк різнографічний.
Ум. друк. арк. 1,42
Наклад 300 прим.

ПП О. Власюк
Свідоцтво Держкомінформу України
серія ДК № 1114 від 12.11.2002.
21021, м. Вінниця, а/с 1883