

УДК 616.12-008.331.1:616-036.8-082-053.88

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭТАПНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНВАЛИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

¹Куницына Н.М., ²Перелыгин К.В., ¹Фесенко Э.В., ²Медведев Д.С.

¹Медицинский центр «Поколение», Белгород, e-mail: kun_nm@list.ru;

²Институт биорегуляции и геронтологии ЦЗО РАМН, Санкт-Петербург, e-mail: info@gerontology.ru

Артериальная гипертензия – одно из ведущих неэпидемических заболеваний в пожилом возрасте, ведущее к инвалидизации и смертности. В связи с этим одна из главных задач современной геронтологии и гериатрии – разработка программ реабилитации для снижения последствий артериальной гипертензии. В статье представлена разработанная схема этапной профилактики инвалидности у пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертензией и оценена ее эффективность. Апробация результатов представлена на примере 66 пациентов. Показано, что именно трехэтапная система – поликлиника, стационар, санаторий – имеет преимущество над одноэтапной системой медицинской реабилитации. Такая система приводит к протективным медицинским, медико-социальным и социальным эффектам.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, медицинская реабилитация

EFFECTIVENESS OF STAGING PREVENTION OF DISABILITY IN SENIORS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

¹Kunitsyna N.M., ²Perekygin K.V., ¹Fesenko E.V., ²Medvedev D.S.

¹Medical Centre «Pokolenie», Belgorod, e-mail: kun_nm@list.ru;

²Institute of bioregulation and gerontology C3O the Russian Academy of Medical Science, St.-Petersburg, e-mail: info@gerontology.ru

Arterial hypertension is one of the main non-epidemic diseases in seniors which resulted in disability and mortality. Such is one of the main aims of modern gerontology and geriatrics is building of the programs of rehabilitation for seniors with arterial hypertension. We made the scheme of prevention of disability for seniors with arterial hypertension and give analysis of its effectiveness. We approved this scheme in 66 patients. In our investigations we concluded that rehabilitation which included 3 stages (polyclinic, hospital, sanatorium) was more effective than scheme with one stage. This scheme has good protective medical, medico-social and social effects.

Keywords: arterial hypertension, medical rehabilitation

Артериальная гипертензия по-прежнему является одним из самых распространенных заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста. И она по-прежнему повышает риск инвалидизации пожилых граждан [1, 2]. В этой связи актуальным представляется разработка мер по профилактике инвалидности, снижению реальной и потенциальной угрозы инвалидности при артериальной гипертензии [3,4].

Цель работы – оценить эффективность этапной профилактики инвалидности у пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертензией.

Материал и методы исследования

Проведено сравнительное контролируемое исследование эффективности трехэтапной профилактики инвалидности у 66 больных с артериальной гипертензией. Средний возраст составил $65,8 \pm 3,7$ года, в исследование вошли 30 мужчин и 36 женщин. Средняя продолжительность заболевания составила $15 \pm 2,6$ года.

Критерием включения в исследование являлась артериальная гипертензия первой и второй степени, первого – второго класса риска.

Критерии исключения – артериальная гипертензия третьей степени, третьего класса риска, дисциркуляторная энцефалопатия второй и третьей стадии, затрудняющая контакт с больным, атеросклеротическое

поражение сосудов ног с хронической артериальной недостаточностью выше 2-й стадии, последствия травм нижних конечностей с ограничением их функции, симптоматические гипертензии.

Дизайн исследования. Проведено разделение больных на 2 группы – опытная ($n = 31$), которая на фоне стандартной антигипертензивной терапии (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, бета-блокаторы, антагонисты кальция, мочегонные препараты) получала мероприятия трехэтапной МР продолжительностью в 6 месяцев, контрольная ($n = 35$) получала медикаментозную терапию и профилактические и реабилитационные мероприятия на поликлиническом этапе. До начала мероприятий и после их окончания через 6 месяцев в обеих группах были определены показатели физической работоспособности (велоэргометрически). Проведено сравнение количества случаев и средней продолжительности одного случая ВН (для работающих пенсионеров) на протяжении 1 года до и после проведенных мероприятий. Заключение об эффективности профилактики инвалидности по одно- и трехэтапной схеме выполнено на основе сравнения этих показателей с использованием пакета компьютерных программ Statgraph plus. Разность достоверна при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Мероприятия трехэтапной профилактики инвалидности включали 2 курса в по-

ликлинике продолжительностью каждого в 21 день, 1 курс мероприятий в стационаре при возникновении гипертонического криза средней степени тяжести продолжительностью 14 дней и 1 курс в санатории при стабильном состоянии больного длительностью 21 день. В период между курсами пациенту были рекомендованы мероприятия физической реабилитации в домашних условиях.

Мероприятия по профилактике инвалидности на поликлиническом этапе включали в себя образовательные программы – занятия в «Школе больного артериальной гипертензией»; консультации психотерапевта и психолога; физическую МР, которая заключалась в занятиях на тредмиле, степпере, дозированной ходьбе. Были рекомендованы велоэргометрические тренировки 3 раза в неделю по 30 минут в аэробном режиме с обучением выполнению в домашних условиях; проведена коррекция диеты с ограничением потребления соли, жидкости, увеличением потреблением продуктов, богатым калием. На поликлиническом этапе МР назначались также физиотерапевтические мероприятия – воздействие на область почек с целью активации депрессорных систем регуляции артериального давления, воротниковой зоны для улучшения церебрального кровотока, достижения прямого антигипертензивного эффекта.

В стационаре по мере купирования гипертонического криза, нарушений ритма сердца и стабилизации состояния больно-

го продолжались мероприятия физической реабилитации, однако их интенсивность составляла 35–40% от уровня поликлинических. Они были направлены на поддержание состояния физической работоспособности, которое было достигнуто на предыдущих этапах реабилитации.

Особенностью санаторного этапа явилось использование дозированной кинезотерапии, климатотерапии, аэролечения, гидробальнеотерапии. Основным объемом мероприятий на санаторном этапе заключался в применении природных факторов.

На домашнем этапе при трехэтапной схеме больные получали рекомендации по проведению утренней гимнастики, упражнений в изометрическом режиме. Допускалась длительная интенсивная ходьба, продолжительность дистанции в среднем составляла 4,5 км, продолжительность ходьбы – 45–50 минут; бег трусцой – в среднем 1,5 км в течение 15–16 минут. Частота занятий составляла 4–5 раз в неделю.

В результате мероприятий, проведенных как по трехэтапной схеме поликлиника – стационар – санаторий, так и по одноэтапной схеме на поликлиническом этапе, на фоне адекватной антигипертензивной терапии имеет место улучшение показателей ВН и физической работоспособности (таблица). Однако трехэтапная схема способствует достоверно большему приросту показателей физической работоспособности, а также улучшению медико-социальных показателей течения артериальной гипертензии.

Динамика показателей физической работоспособности и ВН при одно- и трехэтапной профилактике инвалидности у больных с артериальной гипертензией

Показатель	Одноэтапная схема		Трехэтапная схема		Достоверность разности p
	до	после	до	после	
Физическая работоспособность, кгм/мин	651,2 ± 10,2	679,4 ± 9,7	645,4 ± 13,4	710,6 ± 11,9	p < 0,05
Количество случаев ВН*	1,7 ± 0,3	1,3 ± 0,1	1,6 ± 0,2	0,7 ± 0,1	p < 0,05
Средняя продолжительность одного случая (дни)*	9,3 ± 1,1	9,4 ± 1,7	9,1 ± 1,2	5,9 ± 1,3	p < 0,05

Примечание: * – показатели рассчитаны в отношении работающих пенсионеров.

В основе проведенной трехэтапной профилактики инвалидности находятся активные кинезотерапевтические мероприятия, которые при трехэтапной схеме носят непрерывный характер. В настоящее время физические упражнения в тактике ведения больных с артериальной гипертензией начинают привлекать все большее внимание исследователей. Их патогенетической основой является нейрометаболическая коррекция (D. Wright, 1999). Имеются данные о том, что кинезотерапия при арте-

риальной гипертензии способствует снижению повышенного симпатического тонуса, улучшает восприимчивость периферических тканей к инсулину, снижая тем самым гиперинсулинемию (S. Scadin, S. Schneider, 2000). Гиперсимпатикотония и повышение циркуляции инсулина в сыворотке патогенетически связаны, способствуют повышению артериального давления. О том, что ведущим патогенетическим звеном влияния физических упражнений является повышенный симпатический тонус, говорит

и то, что они не оказывают терапевтического влияния на больных с формами артериальной гипертензии, где в основе находится не гиперсимпатикотонус, а другие механизмы. Например, физические тренировки эффективны у лиц с ночным снижением давления и не оказывают никакого влияния в группе нон-дипперов, где патогенез артериальной гипертензии не укладывается только в дисбаланс симпатической и парасимпатической систем (W. Dafoe, P. Huston, 1997).

Другой важнейшей составной частью является обучение в «Школе больного», консультация психолога и психотерапевта с целью нивелирования психопатологических симптомов, создания мотивации на проведение. Терапевтическое обучение больных с артериальной гипертензией даже вне связи с другими методами профилактики инвалидности способствует снижению артериального давления, массы тела, увеличению уровня физической активности, повышению КЖ.

Заключение

Наряду с кинезотерапевтическими мероприятиями и терапевтическим обучением, профилактика инвалидности включает в себя и другие методы, которые могут быть применены на разных этапах организации медицинской помощи – поликлиническом, санаторном, стационарном. Современный этап развития профилактического и реабилитационного направления характеризуется достаточным уровнем разработки отдельных методов профилактики инвалидности, но нечеткостью показаний к ее проведению, большим разбросом организационных форм. Проведенное нами исследование свидетельствует о большей эффективности

трехэтапной схемы у больных с артериальной гипертензией по сравнению с одноэтапной. Это предопределяет необходимость разработки мероприятий по планированию организации профилактики инвалидности на разных этапах организации помощи, расчета норм нагрузки на персонал, составлению сетевых планов движения больных по этапам МР. Адекватное организационное обеспечение трехэтапной профилактики инвалидности у больных с артериальной гипертензией позволит добиться значительного медико-социального эффекта и повышения КЖ данного контингента больных.

Список литературы

1. Ильницкий А.Н. Стационарная и амбулаторно-поликлиническая помощь как звенья этапной реабилитации больных терапевтического профиля // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2001. – № 3. – С. 11–13.
2. Прощаев К.И., Ильницкий А.Н. Стресслимитирующие эффекты медицинской реабилитации пациентов с артериальной гипертензией // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2002. – № 2. – С. 23–25.
3. Ambulente Iteilstationäre Kardiologische Rehabilitation. Sonderheft für Professor Richard Rost / U. Tegtbur, M.W. Busse, U. Temes, U. Brinkmeier // Herz. – 1999. – №24 (Suppl.1). – P. 1–96.
4. Egan F. Cardiac rehabilitation into new millenium // Intens.Crit.Care Nurs. – 1999. – №15(3). – P. 163–168.

Рецензенты:

Прощаев К.И., д.м.н., профессор, профессор кафедры внутренних болезней №2 Белгородского государственного университета, г. Белгород;

Белый Ю.А., д.м.н., профессор, зам. директора по науке калужского филиала ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова Росмедтехнологии», г. Калуга.

Работа поступила в редакцию 15.03.2011.