



# Медико-социальная экспертиза и реабилитация

Сборник статей

Международной научно-практической конференции

24 мая 2013 г.

Минск

УДК 616-036.86

ББК 51.1(2)3

М42

Рецензенты:

д-р мед. наук, проф. Кафедры неврологии и нейрохирургии Минского государственного медицинского университета *А.Е. Семак*;

канд. мед. наук, заместитель академика-секретаря отделения медицинских наук Национальной академии наук Беларуси *А.А. Тракович*.

**М42 Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сб. науч. ст. / под ред. В.Б. Смычка. – Минск: РНПЦ МЭ и Р, 2013. – Вып. 15. – 468 с.**

В сборнике отражены результаты научных исследований и практической деятельности организаций здравоохранения и других организаций по проблемам медико-социальной экспертизы, реабилитации, профилактики, эпидемиологии, а также другим вопросам, косвенно касающимся названных проблемы.

Материал систематизирован в трих крупных разделах.

Находящийся в печать выпуск сборника приурочен к проведению межвузовской научно-практической конференции «Актуальные проблемы медицинской экспертизы и реабилитации». В сборнике представлены научные труды ученых и практикующих врачей Республики Беларусь, Украины, Российской Федерации. Даны:

Обобщенные материалы представляют научный и практический интерес для широкого круга специалистов, занимающихся проблемами медико-социальной экспертизы и реабилитации.

УДК 616-036.86

ББК 51.1(2)3

ISBN 978-985-519-584-0

© ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», 2013

## **«Группы здоровья» как элемент в системе физической реабилитации амбулаторных пациентов с артериальной гипертензией**

Л.Л. Шебеко, С.В. Власова, Н.В. Беляковская, Л.В. Германович,  
А.П. Апанович, О.В. Максимук

УО «Полесский государственный университет», г. Пинск,  
Республика Беларусь

Несмотря на достигнутые успехи в области медицины, до настоящего времени показатели смертности от сердечно-сосудистой патологии оставляют желать лучшего. Среди значимых нозологических форм важное место принадлежит артериальной гипертензии (АГ), которая, по данным ВОЗ, занимает третье место в мире по причине общей смертности населения и рассматривается как грозный фактор риска, инициирующий неблагоприятный исход заболеваний сердечно-сосудистой системы [1,2]. Кроме того, АГ широко распространена в белорусской популяции и ее последствия приводят к значительным социально-экономическим потерям. Согласно эпидемиологи-

ческим исследованиям [3], практически у каждого пятого жителя Республики Беларусь в возрасте старше 18 лет отмечается повышенное артериальное давление (АД).

Преобладание интеллектуального компонента в любом виде деятельности, снижение объемов двигательной активности человека в современном обществе приводят к развитию и прогрессированию АГ в трудоспособном возрасте. Учитывая тесную связь между уровнем артериального давления и физической активностью, в 60-90-х годах XX века многочисленные исследования не только доказали последнюю, но и подвели к идее коррекции развивающихся при АГ нарушений методами физической реабилитации. Было установлено, что физические упражнения, как средства лечебной физической культуры (ЛФК) способствуют снижению артериального давления (АД). Одним из наиболее аргументированных является Бельгийское исследование (Staessen и соавт., 1994), убедительно показавшее пользу физических упражнений для профилактики и лечения артериальной гипертензии [4,5]. Дефицит физической активности вызывает нарушение способности сердечно-сосудистой системы тонко адаптироваться к стрессовым ситуациям, вследствие чего развиваются тахикардия и АГ. Этому способствует также детренированность депрессорной системы, в частности, барорецепторного механизма.

В настоящее время в борьбе с последствиями АГ выделяют два основных направления: медикаментозное и немедикаментозное. Учитывая социально-экономические условия и отсутствие реальной психологической настроенности пациентов на постоянное и длительное медикаментозное лечение, особую роль приобретают немедикаментозные подходы в реабилитации данного контингента. Принципы указанного направления базируются на коррекции функционального состояния организма путем изменения образа жизни с активным использованием средств и методов физической реабилитации [3], которые способствуют снижению массы тела, уровня триглицеридов, повышению липопротеидов высокой плотности, увеличению чувствительности тканей к инсулину, а также снижению артериального давления, в том числе диастолического [1]. Двигательная активность является мощным биологическим стимулятором регулирующих систем, обеспечивает активную мобилизацию приспособительных механизмов, повышает адаптационные возможности организма и толерантность больного к физическим нагрузкам за счет улучшения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, уменьшения ЧСС при субмаксимальных нагрузках. Это расширяет в дальнейшем переносимость физических нагрузок в профессиональной и бытовой деятельности, что приводит к улучшению качества жизни [4].

Физические тренировки оказывают наиболее выраженное гипотензивное действие при АГ I степени. Для больных АГ II и III степени физические тренировки безусловно должны сочетаться с медикаментозным лечением [6, 7].

Несмотря на имеющиеся доказательства, достичь необходимого уровня двигательной активности не всегда удается банальными рекомендациями врачей и пониманием значимости тезиса о сохранении здоровья. Мотивация к самоконтролю двигательной активности и последовательной коррекции уровня артериального давления предложенными методами длительного время зачастую развивается о результаты визуального сравнения имеющихся телесных форм девушек с подиумов и собственными размерами, чудесные рассказы соседок о волшебном излечении без всяких усилий и неумение бороться со стрессовыми ситуациями.

Актуальность данной проблемы послужила основанием для проведения исследования по поиску новых форм организации физической активности, как элемента реабилитации пациентов с последствиями АГ на амбулаторном этапе в рамках учебно-научно-практического проекта «Здоровье»

**Материалы и методы исследования.** На базе учебно-медицинского центра учреждения образования «Полесский государственный университет» были организованы группы, объединившие женщин в возрасте от 45 до 65 лет с установленной АГ I-II степени. Посещение занятий осуществлялось добровольно на регулярной основе. В группу входили как работающие женщины (преподаватели, бухгалтера, экономисты, юристы, и др.), так и пенсионеры. Функционирование групп предполагало динамический контроль состояния женщины врачами центра и преподавателями кафедры общей и клинической медицины университета на основе данных исследований, заносимых в «паспорт здоровья», просвещение и психологическая поддержка, а также подбор уровня двигательной активности и формирование навыков самоконтроля эмоционального состояния и двигательных стереотипов. Наблюдение осуществлялось в течение 2 лет. Занятия в «группе здоровья» проводились 2 раза в неделю продолжительностью 50 минут. Занятия включало блок подводящих упражнений, упражнений для мышц головы, шеи, плечевого пояса, ходьбу в различных модификациях. Основная часть занятия проводилась на гимнастических ковриках либо на фитболах. Одновременно осуществлялась постановка диафрагмального дыхания и формирование навыков нейро-мышечной релаксации. В заключительной части занятия предлагалась ходьба в медленном темпе с углубленным дыханием. Дополнительно в программу реабилитации были включены посещение бассейна и сауны 1 раз в неделю, а также курсы массажа и водных процедур. В рамках самостоятельной работы («домашнего задания») всем пациентам рекомендовалась дозированная ходьба со скоростью 120-140 шагов/мин ежедневно или через день не менее 30 минут. Результаты коррекции имеющихся нарушений участников в связи с АГ группы обсуждались ежемесячно с врачом и внутри группы, что позволило поддерживать мотивацию на достижения.

В качестве методов исследования использовались анкетирование, антропометрические измерения (роста (стоя), массы тела с расчетом ИМТ, объема талии (ОТ)), измерения АД, ЧСС, проводилась электрокардиография и

шагометрия (в течение 7 дней каждого месяца с помощью шагомера марки «OMRON Walking style Pro»). При шагометрии аппарат фиксировал количество сделанных шагов, длительность аэробной прогулки, количество аэробных шагов, расход энергии во время ходьбы или бега.

В разработанный нами "паспорт здоровья" заносились также данные САД, ДАД и ЧСС до начала занятий, на высоте нагрузки, в конце занятий и через 10 минут после нагрузки. Полученные в динамике данные были обработаны с использованием методов математической статистики. Группу сравнения составили пациенты, которые перестали заниматься в группах здоровья, но прошли обследования на первых этапах и по завершению исследования.

Результаты и их обсуждение. Низкая двигательная активность (двигаюсь мало), по данным анкетирования, отмечалась у 62% опрошенных, 18% респондентов ежедневно осуществляли подъем по лестнице, прогулку до 3 кварталов, 15% оценили свою двигательную активность как - нерегулярную физическую нагрузку (работа или активный отдых реже, чем 1 раз в неделю по 30 минут), а оставшиеся 5% имели регулярную физическую нагрузку (работа или активный отдых 4 раза в неделю по 30 минут и более).

По результатам антропометрических показателей, индекс массы тела (ИМТ) в среднем у обследованных составил 28,2, что выше нормы; у 16% он был равен 24; а у 21% ИМТ находился пределах от 26 до 29,9; у 63% - более 30, что позволяло диагностировать у них ожирение.

По данным анамнеза, у 60% респондентов отмечалось повышение АД выше 140 и 90 мм.рт.ст. в возрасте до 45 лет; практически все респонденты ответили, что их близкие родственники (мать, отец, братья и сестры) страдают или страдали повышенным АД. 3% опрошенных имели зависимость от табака. Было также выявлено, что 86% обследуемых имели сопутствующие заболевания, из них 12% - церебро-васкулярные заболевания; 40% - сердечно-сосудистые заболевания; 24% - заболевания опорно-двигательного аппарата.

По данным проведенной шагометрии среднее количество шагов, которое совершали наши обследуемые в течение суток, составило 6410, рассчитанный средний показатель пройденного расстояния - 4800 м. Средний показатель аэробной нагрузки в течение суток составил 4830 шагов, которые совершались в течение 43 мин.

При анализе данных в динамике было выявлено, что после активного использования предложенной программы физической реабилитации на протяжении 24 месяцев в обследуемой группе женщин было выявлено достоверное снижение САД, ДАД, СрАД (62,5% женщин имели САД менее 140 мм рт.ст и у 29,2% ДАД менее 90 мм рт.ст., в том числе 25% из группы обследуемых женщин через 24 месяца достигли целевых уровней АД (менее 140/90 мм рт.ст.). По результатам психологического тестирования уровень тревожности достоверно уменьшился.

Таким образом, предложенная форма организации реабилитации пациентов с АГ в амбулаторных условиях путем вовлечения их в «группы здоровья» оказалась эффективной, а регулярное динамическое наблюдение и обсуждение результатов достижений позволила длительный период времени поддерживать мотивацию.

#### Литература

1. Васильев, В.Е. Лечебная физическая культура / В.Е. Васильев. – М., 1996. – 287 с.
2. Гогин, Е.Е. Диагностика и выбор лечения у больных артериальной гипертензией / Е.Е. Гогин // Клиническая медицина, научно-практический журнал – 2010. – Том 88, №4. – С. 17-21.
3. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 сентября 2001 г. №225 «О совершенствовании организации выявления, динамического наблюдения и лечения больных с артериальной гипертензией». – Минск, 1999. – 67 с.
4. Окорочков, А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т.7. Диагностика болезней сердца и сосудов / А.Н. Окорочков. – М., 2003. – 416 с.
5. ScienceDirect – Journal of Science and Medicine in Sport – Correlates of pedometer-measured and self-reported physical activity among young Australian adults 2011.
6. Манах, Н.А. Руководство по кардиологии / Н.А. Манах, В.М. Альхимович, В.Н. Гайдук. – Мн.: Беларусь, 2003. – 624 с.
7. Епифанов, В.А. Лечебная физическая культура и спортивная медицина / В.А. Епифанов. – М.: Медицина, 1999. – 398 с.
8. Лечебная физическая культура / С.Н. Попов [и др.]. М.: Издательский центр «Академия», 2008 – 416 с.