

Сучасні проблеми реабілітації хворих на артеріальну гіпертензію із супутніми захворюваннями хребта

Дніпропетровський державний інститут фізичної культури і спорту (м. Дніпро)

Постановка наукової проблеми та її значення. Незважаючи на позитивні тенденції зниження смертності населення, що намітилися останнім часом, рівень цього показника, зумовленого серцево-судинними захворюваннями (ССЗ), в Україні залишається одним із найвищих у Європі, удвічі перевершуючи середньоевропейський рівень [8]. Із віком прогресуючий характер ССЗ ускладнюється наявністю супутніх захворювань, у тому числі дегенеративно-дистрофічними змінами в хребті.

Одна з найбільш значущих проблем сучасної внутрішньої медицини та кардіореабілітації – артеріальна гіпертензія (АГ). Ураженість АГ в Україні серед дорослого населення, за даними популяційних досліджень, виконаних співробітниками Українського НДІ кардіології ім. акад. Н. Д. Стражеско, досягає 35–40 %. Серед міських жителів 63 % хворих на АГ (60 % чоловіків і 68 % жінок) знають про свій діагноз, антигіпертензивні засоби приймають 38 % хворих (27 % чоловіків та 54 % жінок), проте лікування ефективне лише в 14 %. Серед сільського населення поінформовані про наявність АГ 68 %, у тому числі 56 % чоловіків і 87 % жінок, охоплені медикаментозним лікуванням 38 %, у тому числі 23 % чоловіків та 56 % жінок, а ось ефективність лікування становить лише 8 % [3].

Висока захворюваність, значна частота ускладнень і наявність супутніх захворювань, що нерідко призводять до інвалідизації хворих та передчасної смерті, пояснюють високу соціальну значущість АГ і нагальну потребу в розвитку реабілітаційної допомоги хворим на АГ. Досить часто поєднання в популяції АГ із вертеброгенною патологією та захворюваннями опорно-рухового апарату, що лише погіршує ситуацію [7].

Дослідження виконано згідно зі Зведеним планом НДР Дніпропетровського державного інституту фізичної культури і спорту МОН України та є фрагментом науково-дослідної роботи за темою: «Реабілітація осіб з обмеженими фізичними спроможностями з урахуванням особливостей їх психофізіологічних і компенсаторно-приспосувальних порушень у різних системах організму людини» (№ держреєстрації – 0111U001170).

Аналіз досліджень цієї проблеми. Виникнення основних хвороб системи кровообігу зумовлене безперервним розвитком патологічного процесу під впливом факторів ризику, аж до тяжких ускладнень. Стратегія модифікації факторів ризику на всіх етапах – важливий інструмент впливу на поліпшення здоров'я й зниження показників захворюваності та смертності населення. Установлено, що АГ – один із найбільш значущих для України чинників, які впливають на розвиток і прогресування ССЗ. Згідно з даними Національного наукового центру «Інститут кардіології ім. акад. М. Д. Стражеска» НАМНУ, підвищений артеріальний тиск (АТ) на 30 % визначає рівень смертності від ССЗ, а наявність ізольованої АГ удвічі підвищує ймовірність смерті від усіх хронічних неінфекційних захворювань у жінок і в 4,5 раза – у чоловіків [1]. На думку експертів ВООЗ, половина смертельних випадків, викликаних хворобами серця та інсультом, зумовлена АГ. У світі щорічно внаслідок ускладнень гіпертензії помирає 9,4 млн осіб [8].

Основна мета лікування пацієнтів з АГ – досягнення максимального зниження довгострокового ризику розвитку серцево-судинних захворювань. Це потребує лікування підвищеного АТ, а також корекції супутніх факторів ризику, включаючи куріння, дисліпідемію, цукровий діабет, а також адекватного лікування асоційованих клінічних станів поряд із власне зниженням АТ [8; 9]. Визначення стратегії лікування та реабілітації багато в чому залежить від рівня ризику розвитку серцево-судинних захворювань [5].

Мета дослідження – за даними літературних джерел дослідити основні проблеми реабілітації хворих на АГ із супутніми захворюваннями хребта.

Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження. Щорічно питання концептуальної й приватної проблематики АГ розглядають на Європейських конгресах з артеріальної гіпертензії, які за своєю масштабністю та значимістю є одними з основних медичних подій міжнародної кардіології. Велику увагу цій проблемі приділяють також органи охорони здоров'я України, у яких із 1999 р. реалізується на державному рівні Національна міжгалузева програма профілактики й лікування АГ (Наказ Президента України від 4.02.1999 р № 117/99). Серед з її головних досягнень на сучасному етапі – своєчасно виявлені численні хворі з ранніми формами АГ, які в минулому зверталися за медичною допомогою лише в період кризових станів і не отримували вчасно призначену профілактичну терапію [4].

З іншого боку, починаючи з 2005 р., обізнаність пацієнтів про наявність підвищеного артеріального тиску й охоплення медикаментозним лікуванням суттєво не змінюється. Представлені дані [1] демонструють істотний дефіцит знань серед пацієнтів не лише щодо наявності АГ, але також і стосовно наслідків підвищеного артеріального тиску та засобів профілактики. Поєднання АГ із захворюваннями опорно-рухового апарату призводить до зниження ефективності антигіпертензивної терапії.

Сьогодні не викликає сумніву важливість контролю не тільки медикаментозної компоненти лікування, але й широкого спектра факторів, які впливають на прогноз (у тому числі й рівень рухової активності). Результати проведеного дослідження та 35-річного моніторингу свідчать не лише про високу поширеність основних факторів ризику серед осіб із підвищеним артеріальним тиском, а й про суттєве погіршення профілю ризику [1].

За останні двадцять років концепція профілактики та лікування АГ істотно змінилася. З'явилися нові класи антигіпертензивних засобів, широке застосування яких аргументується їх вивченістю згідно із законами доказової медицини [4; 12]. Проте накопичений досвід лікування АГ сучасними гіпотензивними препаратами дав підставу скласти уявлення не лише про їх користь, а й недоліки. Більшість гіпотензивних препаратів, у тому числі сучасні, пригнічують інотропну функцію міокарда. Це визначає потребу пошуку дієвих і безпечних засобів посилення боротьби із серцево-судинними захворюваннями [5].

Великі надії покладають на використання немедикаментозних засобів, передусім із модифікації способу життя (відмова від паління, зменшення та стабілізація маси тіла, зниження споживання алкогольних напоїв, регулярні фізичні навантаження, обмеження споживання солі, збільшення споживання фруктів й овочів, зменшення споживання жирів і насичених жирів), які дають змогу суттєво знизити рівень АТ. Проте сьогодні, на жаль, потенціал немедикаментозних заходів у терапії та профілактиці АГ недооцінюють, хоча в сучасних умовах цей метод (економічний і безпечний) міг би домінувати в лікуванні АГ I ступеня. Роль фізичних навантажень у профілактиці й лікуванні захворювань хребта досить висока, особливо на ранніх стадіях захворювання.

Удосконалились організаційні форми роботи з популяцією хворих на АГ. Проте на сьогодні недостатньо розроблена технологія фізичної реабілітації хворих на АГ, особливо із супутніми захворюваннями.

Загальновідомо, що серед немедикаментозних методів профілактики та лікування АГ одна з провідних ролей належить фізичним тренуванням. У багатьох роботах відзначено позитивний вплив фізичних тренувань на механізми регуляції АТ та модифіковані фактори ризику. Регулярне дозоване фізичне навантаження помірної інтенсивності аеробного характеру сприяє підвищенню толерантності до фізичного навантаження, супроводжується покращенням еластичності судин [11; 13]. Фізичні вправи – біологічний стимулятор регуляційних систем організму. Вони забезпечують активну мобілізацію пристосувальних механізмів і підвищують адаптаційні можливості організму. Найкращий результат простежено при I і II стадіях АГ, коли відсутні морфологічні зміни органів-мішеней. Лише зміна способу життя й підвищення фізичної активності можуть сприяти досягненню нормалізації артеріального тиску без використання медикаментозних препаратів. Але досі остаточно не визначено методологічні аспекти застосування фізичних тренувань в осіб різного віку й статі та в пацієнтів із кардіометаболічними ускладненнями й супутньою вертеброгенною патологією [2; 5].

За визначенням ВООЗ, реабілітація в кардіології – це «система заходів, яка потрібна як для сприятливого впливу на причину захворювання, так і для максимальної адаптації пацієнта до умов фізичної, ментальної та соціальної активності, що створює в нього відчуття впевненості у власних силах і можливості зберегти або відновити свій життєвий статус у соціумі. Реабілітацію не можна вважати самостійним методом лікування, однак вона повинна інтегруватися в загальну схему терапії, бути одним із невід'ємних її компонентів».

На сучасному етапі розвитку охорони здоров'я можна розглядати як відповідну постулатам ВООЗ систему реабілітації хворих на ішемічну хворобу серця. Для цього контингенту хворих детально розроблено програми фізичної, психічної, трудової та соціальної реабілітації, які застосовуються в умовах лікувально-профілактичних закладів і санаторіїв. Щодо хворих на АГ найбільш вивченою й реалізованою на практиці є система санаторно-курортних відновлювальних заходів. В Україні функціонує мережа реабілітаційних відділень для хворих на АГ на провідних курортах країни. Поряд із рекреаційними ресурсами, до яких належить клімат, на курортах використовують преформовані технології, зокрема методи бальнеотерапії. Однак проблема реабілітації хворих на АГ в умовах клінічної практики в мережі лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я менш чітко окреслена й вимагає подальшого вивчення та пошуку нових й ефективних методів роботи [6].

Для підвищення рівня відновного лікування хворих на АГ потрібні розробка й упровадження комплексної програми реабілітації при АГ із перебігом хвороби середнього та тяжкого ступенів в умовах денних стаціонарів, що дає можливість застосування комплексу патогенетично спрямованих методів відновної терапії, спрямованих не лише на досягнення й стабілізацію рівня нормального АТ, а й на відновлення органів-мішеней, що розглядається як основне завдання сучасної медицини.

Стає очевидно, що підвищення рівня ефективності кардіореабілітації хворих на АГ можливе лише за умови розроблення та впровадження комплексних програм, обов'язковою компонентою яких повинні бути засоби фізичної реабілітації (ФР). Принциповими вимогами під час створення таких програм потрібно вважати їх патогенетичну спрямованість, диференційований підхід з урахуванням ступеня та стадії АГ, віку й статі хворих, функціонального стану серцево-судинної системи та органів-мішеней, стану екстракардіальних резервів. Важливими в розроблення програм ФР є також урахування етапу реабілітації й наявності супутніх захворювань.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Одним із найбільш вагомих чинників зменшення тривалості життя населення є неконтрольована АГ, що вимагає системного ставлення до неї. Одним із найважливіших лімітуючих факторів у відновленні хворих на АГ є недостатнє застосування технологій фізичної реабілітації, що зумовлено відсутністю стандартизованих патогенетично обґрунтованих програм, що потребує персоналізованого підходу з урахуванням ступеня та стадії АГ, віку й статі хворих, функціонального стану серцево-судинної системи й органів-мішеней, стану екстракардіальних резервів, наявності супутніх захворювань, що й визначає наші майбутні дослідження.

Джерела та література

1. Артериальная гипертензия: 35-летняя динамика распространенности и эффективности ее контроля на популяционном уровне среди мужчин, проживающих в городе / Е. А. Кваша, И. М. Горбась, И. П. Смирнова и др. // Артериальная гипертензия. – 2016. – № 3 (47). – С. 18–23.
2. Кардиореабилитация / под ред. Г. П. Арутуянова. – М. : Медпресс-информ, 2013. – 336 с.
3. Омоложение инфарктов миокарда и инсультов: современные методы профилактики / Т. Чистик // Артериальная гипертензия. – 2016. – № 4 (48). – С. 57–62.
4. Проблемы медицинской реабилитации больных артериальной гипертензией в клинической практике / С. А. Андриевская, А. Г. Андриевский, С. В. Калинин и др. // Внутренняя медицина [Электронный ресурс]. – 2008. – №1 (7). – Режим доступа : <http://www.mif-ua.com/archive/article/4398>.
5. Реабилитация при заболеваниях сердца и суставов / С. М. Носков, В. А. Маргазин, А. Н. Шкробко [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 640 с.
6. Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія» (2016 р.) / Робоча група МОЗ України // Артериальная гипертензия. – 2016. – № 3 (47). – С. 51–83.
7. Юнонин И. Е. Артериальная гипертония и шейный остеохондроз позвоночника: проблемы и решения / И. Е. Юнонин, О. А. Хрусталева, Е. В. Курапин, Л. В. Юнонина // Российский кардиологический журнал. – 2003. – № 4. – С. 88–94.
8. A global brief on HYPERTENSION / Silent Killer, global public health crisis. – WHO, 2013. – 39 p.
9. Chou C. K. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries / C. K. Chou, K. K. Teo, S. Rangarajan et al. // JAMA. – 2013. – Vol. 310. – P. 959–968.
10. Joffres M. Hypertension Prevalence, awareness, treatment, and control in national surveys from England, the USA and Canada, and correlation with stroke and ischaemic heart disease mortality: a cross-sectional study / M. Joffres, E. Falaschetti, C. Gillespie et al. // BMJ Open. – 2013. – Vol. 3. – e003423. – doi: 10.1136/bmjopen-2013-003423.
11. Okamoto T. Effect of low-intensity resistance training on arterial function / T. Okamoto, M. Masuhara, K. Ikuta // Eur. J. Appl. Physiol. – 2011. – Vol. 111, № 5. – P. 743–748.
12. Sarganas G. Trends in Antihypertensive Medications Use and Blood Pressure Control Among Adults With Hypertension in Germany / G. Sarganas, H. Knopf, D. Grams, H. K. Neuhaeuser // Am. J. Hypertens. – 2016. – Vol. 29. – P. 104–113.
13. Yang S. J. Effects of a three – month combined exercise programme on fibroblast growth factor 21 and fetuin – A levels and arterial stiffness in obese women / S. J. Yang, H. C. Hong, H. Y. Choi [et al.] // Clinical endocrinology. – 2011. – T. 75. – Vol. 4. – P. 464–469.

Анотація

Одна з найбільш значущих проблем сучасної внутрішньої медицини та кардіореабілітації – артеріальна гіпертензія. Підвищення рівня ефективності кардіореабілітації хворих на АГ можливе лише за умови розроблення й впровадження комплексних програм, обов'язковою компонентою яких – засоби фізичної реабілітації. Принциповими вимогами для створення таких програм вважаємо їх патогенетичну спрямованість, диференційований підхід з урахуванням ступеня та стадії АГ, віку й статі хворих, функціонального стану серцево-судинної системи й органів-мішеней, стану екстракардіальних резервів. Важливо під час розроблення програм із фізичної реабілітації також ураховувати етап реабілітації та наявність супутніх захворювань.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, фізична реабілітація, фізичні вправи.

Сергей Афанасьев. Современные проблемы реабилитации больных артериальной гипертензией. *Одна из наиболее значимых проблем современной внутренней медицины и кардиореабилитации – артериальная гипертензия. Уровень смертности, обусловленный сердечно-сосудистыми заболеваниями в Украине, остается одним из самых высоких в Европе. Повышение уровня эффективности кардиореабилитации больных АГ возможно только при условии разработки и внедрения комплексных программ, обязательным компонентом которых*

должны быть средства физической реабилитации. Принципиальными требованиями при разработке таких программ следует считать их патогенетическую направленность, дифференцированный подход с учетом степени и стадии АГ, возраста и пола больных, функционального состояния сердечно-сосудистой системы и органов-мишеней, состояние экстракардиальных резервов. Важными при разработке программ по физической реабилитации также являются учет этапа реабилитации и наличие сопутствующих заболеваний.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, физическая реабилитация, физические упражнения.

Sergiy Afanasyev. Modern Problems of Rehabilitation of the Ill with Arterial Hypertension. Hypertension is one of the most important problems of modern internal medicine and cardiorehabilitation. Mortality rate due to cardiovascular diseases in Ukraine remains among the highest in Europe. Increasing of the effectiveness level of cardiorehabilitation of the ill with arterial hypertension is possible only under the condition of development and implementation of complex programs, an obligatory component of which should be means of physical rehabilitation. The principal requirements of the development of such programs are their pathogenetic orientation, differentiated approach taking into account degree and stage of arterial hypertension, age and sex of the ill, functional condition of cardiovascular system and target-organs, condition of extracardiac reserves. The stage of rehabilitation and presence of concomitant diseases are important factors in the process of development of the programs of physical rehabilitation.

Key words: arterial hypertension, physical rehabilitation, physical exercises.