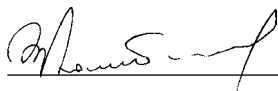


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра



В.В. Колбанов

9 сентября 2004 г.

Регистрационный № 221–1203

**ОРГАНИЗАЦИЯ ЭТАПОВ РЕАБИЛИТАЦИИ
ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ИБС**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: НИИ медико-социальной экспертизы
и реабилитации

Авторы: д-р мед. наук, проф. В.П. Сытый, д-р мед. наук, проф.
И.С. Гулько, канд. мед. наук Т.Н. Глинская

ВВЕДЕНИЕ

Артериальная гипертензия (АГ) наносит ущерб здоровью населения как экономически развитых, так и развивающихся стран вследствие большой распространенности, высокого риска опасных для жизни осложнений (инсульта, инфаркта миокарда, сердечной недостаточности), плохой выявляемости и малоэффективного лечения. Распространенность АГ достигает 40%. При этом отмечается отчетливое увеличение распространенности АГ с возрастом. В возрасте 40–49 лет АГ выявляется у 34,2% мужчин и 34,3% женщин, в возрасте 60–69 лет — у 62 и 72,6% соответственно (Оганов Р.Г.). Остается неудовлетворительной ситуация с информированностью о наличии АГ, лечением и его эффективностью. По-прежнему половина больных с повышением АД знают о наличии гипертензии, однако часть из них не лечатся, а другие лечатся не эффективно, то есть целевой уровень АД у них не достигается, не оказывается влияние на другие факторы риска. При анализе реальной практики в рамках исследования АРГУС обнаружилась пропасть между теорией и практикой лечения АГ. Устранение данной проблемы — использование комплексного реабилитационного подхода.

Реабилитация больного АГ — сложный процесс, включающий медицинскую реабилитацию (медикаментозный, физический и психологический аспекты), восстановление статуса больного в семье и обществе (социальная реабилитация) и восстановление его трудоспособности (профессиональная реабилитация). Известно, что у больных пожилого и старческого возрастов адаптация к влияниям внешней среды снижена и менее совершенна. Поэтому больного АГ в пожилом и старческом возрасте необходимо настойчиво стимулировать к проведению всего комплекса реабилитационных мероприятий и формировать у него оптимистический взгляд на достижение цели — предотвращения опасных для жизни осложнений за счет снижения АД в диапазон нормы и влияния на все факторы риска.

Осуществляя реабилитацию больных пожилого и старческого возрастов, необходимо учитывать мультиморбидность этого кон-

тингента, особенно часто встречаются заболевания сердечно-сосудистой системы.

Показания к применению: АГ в сочетании с ИБС у лиц пожилого и старческого возраста.

Перечень необходимого оборудования: электрокардиограф, эхокардиограф, кардиомонитор для холтеровского ЭКГ-мониторирования, велоэргометр, реоэнцефалограф. Для проведения реабилитационных мероприятий необходимы: зал (кабинет) лечебной физкультуры, физиотерапевтический кабинет, кабинет психотерапии, трудотерапии.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ИБС

Определение реабилитационного потенциала больных АГ и ИБС

Реабилитационный потенциал — это комплекс биологических, психофизических и психологических характеристик человека и социально-средовых факторов, определяющих потенциальную возможность восстановления жизнедеятельности и социального статуса больного. Реабилитационный потенциал является интегральным показателем, отражающим резервы органов и систем организма больного и влияние внешних средовых факторов на восстановление утраченных функций, повседневной и профессиональной деятельности.

При определении реабилитационного потенциала больного АГ в сочетании с ИБС необходимо провести оценку:

- прогноза восстановления нарушенных функций (определяется клиническим прогнозом);
- трудового прогноза;
- социально-бытового прогноза (восстановление повседневной деятельности).

Критерии оценки реабилитационного потенциала

1. Клинические:

- стадия АГ;

- степень риска;
- функциональный класс (ФК) стенокардии напряжения;
- сопутствующие нарушения ритма и проводимости сердца (опасные для жизни аритмии);
- ФК сердечной недостаточности;
- сопутствующие заболевания, приводящие к функциональной недостаточности органа и системы;
- общефизическое развитие и физическая работоспособность.

2. Психологические:

- мотивация;
- психологический статус;
- уровень саморегуляции;
- тип личности.

3. Социально-бытовые:

- условия жизни;
- поддержка семьи;
- сохранность профессиональной пригодности;
- экономическое положение.

Различают три уровня реабилитационного потенциала: высокий, средний и низкий.

Высокий реабилитационный потенциал определяется реальной перспективой практически полного восстановления нарушенных функций, способности к трудовой деятельности и социально-бытовой активности.

Средний реабилитационный потенциал определяется при реальной перспективе достаточно значимого восстановления функций (легкий или умеренный дефект), незначительного ограничения бытовой активности и трудоспособности (снижение квалификационных возможностей и объема выполняемой работы).

Низкий реабилитационный потенциал определяется при ограниченной возможности сколько-нибудь существенного восстановления функции, при утрате способности к профессиональному труду, невозможности обеспечить независимое существование и преодолеть ограничения жизнедеятельности.

Реабилитация пожилого больного АГ в сочетании с ИБС проводится как на амбулаторном, так и на стационарном этапе. Задачи

реабилитации на каждом этапе уточняются, максимально отражая реальную реабилитационную ситуацию. Первичный отбор больных на медицинскую реабилитацию проводится врачами-гериатрами, кардиологами и участковыми терапевтами поликлиник, врачами кардиологических диспансеров. Непосредственно направление на стационарный или поликлинический этап реабилитации осуществляется как профильными специалистами, так и врачами-реабилитологами, реабилитационно-отборочными комиссиями, специалистами ВКК.

Амбулаторно-поликлинический этап реабилитации пожилых больных АГ в сочетании с ИБС

Реабилитация пожилых больных АГ в сочетании с ИБС на амбулаторном этапе имеет решающее значение для оптимального формирования конечных точек: времени от начала лечения до смерти, до инфаркта миокарда, до инсульта, до выраженной сердечной недостаточности.

При оценке реабилитационного потенциала на поликлиническом этапе необходимо учитывать факторы риска прогрессирования АГ и ИБС: неправильный образ жизни, семейное положение (отсутствие семьи, одиночество), отсутствие психологической поддержки со стороны семьи, неблагоприятные факторы внешнего окружения.

При реабилитации пожилых больных АГ в сочетании с ИБС прежде всего речь идет о поддержании и восстановлении самостоятельности, независимости и предотвращении преждевременной смерти, опасных для жизни осложнений.

На амбулаторном этапе большее значение приобретает психологическая и социально-бытовая реабилитация. Для этого необходим психологический контакт врача не только с пациентом, но и с его семьей. Родственников больного необходимо ознакомить с сущностью болезни, возможными осложнениями и перспективами восстановления утраченных функций. Частично эти вопросы могут быть решены в рамках посещения самим больным и его родственниками школы больного, занятий в университете третьего возраста.

Критерии отбора пожилых больных АГ в сочетании с ИБС на амбулаторный этап реабилитации

1. Пожилые больные АГ I–II ст. в сочетании со стабильной стенокардией напряжения ФК-1–2.

2. Пожилые больные АГ в сочетании с безболевым ишемией миокарда.

3. Пожилые больные АГ в сочетании с постинфарктным кардиосклерозом и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I–II ст.

4. Пожилые больные изолированной систолической АГ в сочетании со стабильной стенокардией напряжения или ее эквивалентами.

5. Пожилые больные АГ в сочетании с ИБС и остеохондрозом шейно-грудного отдела позвоночника.

6. Пожилые женщины с АГ на фоне климатического синдрома.

Объем обследования пожилых больных АГ в сочетании с ИБС в поликлинике

На поликлиническом этапе выполняются стандартные протоколы обследования при ИБС и АГ. С целью контроля динамики состояния пациента и для оценки эффективности проводимых реабилитационных методов рекомендуется использовать следующие диагностические мероприятия:

1. Измерение АД в клино- и ортостазе.

2. Определение профиля АД.

3. Определение толерантности к физическим нагрузкам (шестиминутный шаговый тест, велоэргометрическая проба (ВЭП) по показаниям).

4. Регистрация ЭКГ.

5. Оценка психологического статуса.

Программы реабилитации пожилых больных АГ в сочетании с ИБС

На амбулаторном этапе реабилитации важным направлением является организация общественного университета третьего возраста. Поступление в университет осуществляется по собственному выбору пенсионера, сохранившего познавательную активность и от-

носительную независимость. Для удобства работающих пенсионеров занятия в университете рекомендуется проводить вне рабочего времени. Каждое занятие состоит из трех частей:

- теоретические познания — 1 ч (по 20 мин с перерывами на 3–4 мин);

- физическая тренировка — 40 мин (изучение и усвоение тренировочных комплексов);

- аутогенная тренировка — 30 мин.

Больным, не имеющим возможность тренироваться в домашних условиях, рекомендуются занятия в оздоровительных клубах (физкультурно-оздоровительный, танцевально-оздоровительный).

Этапы формирования индивидуальной комплексной программы естественного самооздоровления:

- расширение психологических возможностей;

- формирование позитивного мышления;

- видовое питание;

- дыхательная гимнастика;

- двигательная тренировочная активность;

- закаливание;

- специальная тренировка анализаторов (зрительного, слухового, вестибулярного);

- поддерживающая медикаментозная терапия, ориентированная на многоцелевую монотерапию;

- трудовая и профессиональная деятельность.

Стационарный этап реабилитации пожилых больных АГ

На стационарном этапе реабилитации большое значение имеют медикаментозные методы, основанные на данных протоколов обследования и стандартов (протоколов) лечения и медицинской реабилитации. Первой задачей при обследовании больного в стационаре является тщательное исследование функциональных резервов сердечно-сосудистой и других систем организма.

Основные критерии для направления больных АГ на стационарный этап реабилитации

1. АГ с кризовым течением, резистентная к лечению (на амбулаторно-поликлиническом этапе).

2. Сочетание резистентной к лечению АГ с клиническими проявлениями хронической ИБС.

3. Сочетание резистентной к лечению АГ с клиническими проявлениями цереброваскулярной недостаточности.

Объем обследования пожилых больных АГ в стационаре

Перед составлением индивидуальной программы реабилитации необходимо определить функциональные резервы сердечно-сосудистой системы и органов-мишеней. Клинико-функциональное обследование включает:

1. Выполнение стандартных протоколов обследования при ИБС и АГ.

2. Определение постуральных колебаний АД, профиля АД.

3. Проведение нагрузочных проб (дозированная ходьба по коридору, например, шестиминутный шаговый тест, подъем по лестнице, ВЭП и др.).

4. Рэоэнцефалография (по показаниям).

5. Транскраниальная доплеровская эхокардиография (по показаниям).

6. Исследование функции почек (по показаниям).

Кроме того, применяются такие известные методы, как:

– проба Штанге (время задержки дыхания на вдохе) — отражает процессы оксигенации крови в легочных капиллярах. Результаты пробы изменяются при АГ, особенно в сочетании с ИБС, преимущественно за счет левожелудочковой недостаточности;

– проба Генча (задержка дыхания на выдохе) — отражает преимущественно процессы экстракции кислорода в тканях. Результаты пробы зависят от степени оксигенации крови в легких и от уровня экстракции.

Индивидуальные программы реабилитации пожилых больных АГ в сочетании с ИБС составляются врачом-реабилитологом отделения медицинской реабилитации совместно с узким специалистом.

Мероприятия медицинской реабилитации

Одним из наиболее действенных направлений медицинской реабилитации пожилых больных АГ в сочетании с ИБС является *активная кинезотерапия* в сочетании с поддерживающей медикаментозной монотерапией.

Двигательный режим включает:

- лечебную гимнастику;
- дозированную ходьбу по коридору;
- терренкур;
- велотренировки.

При этом нужно учитывать самочувствие больного, частоту сердечных сокращений, наличие аритмий, динамику АД, а при возможности и ЭКГ.

Основной принцип организации двигательного режима: как только больной почувствует усталость, боль, головокружение — занятия нужно прекратить.

Пассивная кинезотерапия включает:

– массаж шейно-грудного отдела позвоночника — кроме улучшения функционального состояния межпозвоночных сочленений и дисков, улучшает кровообращение по позвоночным артериям и снижает вертебробазилярную недостаточность, которая является частым сопутствующим состоянием, определяющим развитие рефрактерной АГ.

– аппаратную физиотерапию — электросон, гальванизация воротниковой зоны, электрофорез (воротниковая зона) лекарственных веществ (препараты брома, магния, калия, обзидан, дибазол, папаверин) при малой силе тока.

Трудотерапия (терапия занятостью) основана на выполнении работы, связанной с увлечениями больного (вязание, подготовка стендов и т. д.). В процессе трудотерапии могут изготавливаться предметы, даже не имеющие практического значения. При этом исчезает чувство неполноценности и беспомощности.

Метеорологические, погодные факторы (магнитные бури, падение барометрического давления, повышенная влажность, похолодание и др.) могут отрицательно воздействовать на самочувствие «метеочувствительных» пожилых больных АГ и ИБС, быть причиной изменения некоторых объективных показателей (АД, ЧСС). В эти дни следует уменьшить физическую нагрузку и даже отказаться от некоторых упражнений со значительной физической нагрузкой.

Питание организовывается с учетом изменения жевательного аппарата, снижения секреторно-эвакуаторной функции пищеварительного тракта, уменьшения интенсивности обменных процессов, снижения витаминного баланса. Рекомендуются овощи, фрукты и другие продукты, содержащие в изобилии клетчатку, пектиновые вещества. Следует включать в рацион нежирное мясо, рыбу, птицу, творог, сыр. Ограничивается потребление сахара, кондитерских изделий, соли. Лучшему усвоению пищи способствует уют и хорошая сервировка стола.

Психотерапевтическое воздействие на больного оказывают занятия в университете третьего возраста, индивидуальная программа реабилитации (доведенная до сведения пациента) и индивидуальная или групповая психотерапия (проводится по показаниям). Программа реабилитации должна составляться с момента поступления больного в стационар. Сознание перспективности восстановления ограниченных функциональных резервов сердечно-сосудистой системы, формирование установки на активное личное участие пациента в комплексе реабилитационных мероприятий улучшают самочувствие больного и снимают депрессию.

Поддерживающая медикаментозная терапия. В первые дни реабилитации определяется тактика лекарственной терапии. Пожилым больным АГ подбирается минимально эффективная доза лекарственных средств, ориентируясь на многоцелевую монотерапию:

- селективные β -адреноблокаторы с вазодилатирующими свойствами;
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента;
- селективные α -адреноблокаторы второго поколения;
- антагонисты кальция (не следует назначать при ХСН II ст. и выше);
- салуретики (диуретики) в субдиуретических дозах.

При наличии ИБС рациональная комбинация может включать динитраты или мононитраты (дополнительно к β -адреноблокаторам). На стационарном этапе реабилитации следует проводить

терапию препаратами, улучшающими микроциркуляцию, и ноотропами. Правильно назначенная лекарственная терапия утоляет страсть больного к полипрагмазии и является благоприятным фоном для всего комплекса реабилитационных мероприятий.

Школа больного. Занятия проводятся в профильных школах (школа больного АГ, школа больного ИБС) или университете третьего возраста (для стационаров). Для успешных занятий в университете третьего возраста необходимо ориентироваться на программу, подготовленную кафедрой гериатрии и геронтологии БелМАПО (2001 г.). К проведению теоретических и практических занятий в школах больного должны привлекаться врачи кардиологических, терапевтических и других отделений, психотерапевт, реабилитолог и др.

В целом весь комплекс восстановительного лечения и реабилитации и занятия в университете третьего возраста дают положительные результаты как для больного, так и для окружающих (улучшение самочувствия, более высокая оценка своей роли в процессе реабилитации и качества жизни, социальная адаптация).

При выписке больного из стационара проводится оценка эффективности реабилитации с формированием рекомендации для поликлинического этапа.

После проведения стационарного курса медицинской реабилитации больной нуждается в периодическом контроле со стороны участкового терапевта (динамическом наблюдении) и продолжении реабилитационных мероприятий на поликлиническом этапе.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИБС

Разработанная технология реабилитации пожилых больных с АГ и сопутствующей патологией обеспечивает:

– повышение психологических возможностей больных по результатам общепринятых психологических тестов (устраняет депрессию, страх старости, улучшает оперативную память, координационные способности);

– расширяет возможности газообмена в легких и тканях и переводит на экономный режим функционирования кислород-транспортной системы (улучшение результатов проб Штанге, Генча);

- повышает толерантность к физическим нагрузкам;
- понижает биологический возраст сердечно-сосудистой системы на 15% и более;
- повышает качество жизни.

Исходя из вышеизложенного, критериями оценки эффективности реабилитации пожилых больных АГ и ИБС являются:

1. Клинические:

- снижение АД в диапазон нормы (или на 20% ниже исходного);
- бескризовое течение АГ;
- стабильное течение хронических форм ИБС;
- отсутствие опасных для жизни аритмий;
- повышение толерантности к физическим нагрузкам (шести-минутный тест, ВЭП, тредмил-тест);
- повышение общей физической работоспособности.

2. Психологические:

- устранение депрессии;
- улучшение оперативной памяти;
- улучшение когнитивной функции;
- формирование положительной установки на реабилитацию и здоровый образ жизни.

3. Социальные:

- оптимально возможное восстановление социально-бытовой активности;
- оптимально возможное восстановление трудоспособности больного;
- улучшение качества жизни (физическая мобильность, эмоциональное состояние, сексуальная функция, социальный статус, познавательная функция, экономическое состояние).

Возможные осложнения: не наблюдались. Предупреждение: при проведении реабилитационных мероприятий обязательно про-

ведение врачебного контроля и обучение пациентов навыкам самоконтроля.

Противопоказания к применению: ургентные состояния, требующие пребывания в отделении интенсивной терапии или лечебном стационаре, хроническая недостаточность кровообращения III ст., резко выраженная иная моно- или полиорганная недостаточность.