

УДК 615.83 (076)

Лях Марія, ст. магістратури факультету здоров'я, фізичної культури і спорту; науковий керівник – к.фіз.вих., доцент Сотник Ж. Г.
(Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука, м. Рівне)

МЕТОДИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБИ: ВІКОВА СПЕЦИФІКА

***Анотація.** В статті досліджено комплексне використання різних засобів фізичної реабілітації хворих на гіпертонічну хворобу. Розглянуто проблему підвищення кількості захворювань на артеріальну гіпертензію залежно від віку, дано оцінку поширеності та контролю артеріальної гіпертензії серед населення України. Запропоновано заходи щодо попередження виникнення серцево-судинних захворювань.*

***Ключові слова:** гіпертонічна хвороба, фізична реабілітація, лікувальний масаж.*

***Аннотация.** В статье исследовано комплексное использование различных средств физической реабилитации больных гипертонической болезнью. Рассмотрена проблема повышения количества заболеваний артериальной гипертензией в зависимости от возраста, дана оценка распространенности и контроля артериальной гипертензии среди населения Украины. Предложены меры по предупреждению сердечнососудистых заболеваний.*

***Ключевые слова:** гипертоническая болезнь, физическая реабилитация, лечебный массаж.*

***Annotation.** The article is devoted to a comprehensive use of various means of physical rehabilitation for hypertensive patients. We consider the problem of increasing the number of hypertensive disease depends on the age, assessed the prevalence and control of hypertension among the population of Ukraine. Measures for the prevention of cardiovascular diseases are proposed.*

***Keywords:** hypertension, physical rehabilitation, therapeutic massage.*

За матеріалами епідеміологічних, клінічних та експериментальних робіт, підвищений рівень артеріального тиску (АТ) є одним із провідних факторів ризику серцево-судинних захворювань (ССЗ). Більшість авторів у своїх дослідженнях відзначають значний внесок гіпертонічної хвороби (ГФ) на рівень захворюваності, смертності та інвалідності серед населення. Поширеність ГФ істотно коливається в різних країнах світу. Вона

залежить від професійної діяльності населення, характеру харчування, чинників ризику (надмірної маса тіла (НМТ), дисліпопротеїдемії (ДЛП), рівня психоемоційного напруження, а також від поширеності шкідливих звичок серед населення (паління, вживання алкогольних напоїв тощо) [1].

Тривалість життя в Україні знижується на 10–15 років саме через захворюваність на гіпертонію. В Україні зареєстровано понад 26,5 млн. випадків захворювань системи кровообігу, з яких, хворих на гіпертонію понад 12 млн., на ішемічну хворобу серця – понад 9 млн., на стенокардію – понад 3 млн. Найуразливішою із вказаних захворювань є саме артеріальна гіпертензія (АГ), оскільки вона має найбільшу кількість ускладнень, тому що у таких хворих понад 50-ти тисячах випадків зареєстровано гострий та повторний інфаркт міокарда, а у 111953 випадках – інсульт. [2].

Вчені, що досліджували цю проблему, зокрема, А. П. Головченко, В. В. Єжов, Л. В. Єжова, О. О. Сергієнко, М. С. Резеда та Є. В. Плеханов у своїх наукових розвідках обґрунтували, що контроль АГ в популяції вважається одним із провідних напрямів у системі лікувально-профілактичних заходів щодо серцево-судинних захворювань. У США після впровадження державних програм, спрямованих на поліпшення якості контролю АГ, вдалося втричі (від 10 до 34 %) збільшити кількість хворих із цільовими значеннями АГ. Прийняття конкретних практичних рішень на державному, регіональному або місцевому рівні в свою чергу повинно ґрунтуватися на результатах оцінки реальної епідеміологічної ситуації й чіткому визначенні існуючих проблем. [3].

Метою нашої статті є дослідження доцільності застосування засобів фізичної реабілітації для профілактики і лікування артеріальної гіпертонії.

Дослідження з метою оцінки вихідної епідеміологічної ситуації (скринінгове дослідження), пов'язаної з поширеністю артеріальної гіпертензії, чинниками ризику її виникнення та рівнем знань населення з питань профілактики та лікування захворювання було проведено в м. Мукачево Закарпатської області.

Встановлені факти обумовили необхідність розробки національної програми з виявлення та боротьби з АГ. Такі програми активно розробляються і успішно впроваджуються в багатьох країнах світу.

Скринінг проводився шляхом відвідування осіб (133 чол.), відібраних з жителів міста та працівників підприємств (110 жінок та 23 чоловіків). В групу підібраних жителів входили жінки віком від 30 до 76 років (середній вік $54,25 \pm 0,40$ роки) і чоловіки віком від 30 до 69 років (середній вік $50,34 \pm 0,57$ років). Під час відвідування визначалася артеріальна гіпертензія, антропометричні параметри та заповнювалася анкета. Крім того, особа запрошувалася для визначення рівня холестерину та цукру в крові.

Всім хворим визначалися антропометричні показники. Ожиріння виявлялося за індексом маси тіла (ІМТ), який обчислювався як відношення

маси тіла (кг) і зросту (м²). Абдомінальне ожиріння визначалося за критеріями, рекомендованими NCEP АТР ІІІ (2001): ОТ > 102 см у чоловіків та >88 см у жінок та IDF (2005): ОТ ≥ 94 см у чоловіків та ≥ 80 см у жінок.

Під час обстеження пацієнтів за основними показниками не було отримано розбіжностей у результатах скринінгу у різних групах (організованих та неорганізованих). Взнявши до уваги те, що за віком та статтю групи були стандартизовані, результати скринінгу у різних популяціях було об'єднано. За результатами цього дослідження артеріальна гіпертензія була виявлена в 35 % людей, знали про її наявність 67 %, регулярно лікувалися 18 %. У 7,3 % хворих на артеріальну гіпертензію лікування було адекватним (артеріальний тиск < 140/90 мм рт. ст.). Зайва вага була виявлена в 61 % мешканців, із них ожиріння – у 21,4 %. З них курять 31,7 % охоплених скринінгом, серед жінок – відповідно 5,7 %, тоді як серед чоловіків частота паління становить – 57,7 %.

Поширеність артеріальної гіпертензії у досліджуваній популяції наближено відповідає цифрам поширеності цього захворювання як в Україні, так і в цілому світі (близько 35–40 %).

В нашому дослідженні в структурі АГ домінувала АГ І ступеня, питома вага якої склала 68,7 % серед жінок і 50,0 % серед чоловіків, АГ ІІ ступеня – 27,7 % і 30,4 % відповідно, АГ ІІІ ступеня – 3,6 % і 19,6 % відповідно. При цьому початок виникнення захворювання у жінок був значно пізнішим, ніж у чоловіків (44,46 ± 0,46 роки і 38,96 ± 2,72 років відповідно, p<0,05).

Основними клінічними проявами АГ у обстежених осіб були церебральні скарги (головний біль, виникнення якого найчастіше було пов'язано з підвищенням АТ, запаморочення, тимчасове порушення зору, шум у вухах), кардіальні (біль у ділянці серця, відчуття «перебоїв», серцебиття, задишка, набряки гомілок) та астено-невротичні (стомлюваність неадекватно до фізичного навантаження, загальна слабкість, підвищена дратівливість, порушення сну, пітливість, почуття жару-«припливи») скарги (табл. 1.).

Слід зазначити, що частота виявлених кардіальних скарг у хворих на АГ суттєво не залежала від статі, тоді як астено-невротичні скарги у жінок зустрічалися вдвічі частіше, ніж у чоловіків, і найчастіше були проявами клімактеричного синдрому. Клінічні прояви супутньої хронічної ішемічної хвороби серця (ІХС) було виявлено у 72,7 % жінок і 58,7 % чоловіків, у тому числі стабільної стенокардії – у 21,8 % і 37,0 % осіб відповідно, хронічної серцевої недостатності – у 93,2 % жінок і 80,4 % чоловіків.

З метою виявлення основних модифікованих факторів ризику проводилися опитування хворих. Серед аліментарних факторів ризику особлива увага приділялася вживанню повареної (кухонної) солі, курінню та вживанню алкоголю, згідно з сучасними рекомендаціями. Курцями вважалися особи, які щоденно вкурювали хоча б одну сигарету.

Таблиця 1

Клініко-анамнестична характеристика обстежених осіб

Показники	Хворі на АГ	
	Жінки (n = 110), %	Чоловіки (n = 23), (%)
Церебральні скарги	100	100
Кардіальні скарги	87,7	89,1
Астено-невротичні скарги	62,7	30,4
МІ у хворих на АГ	6,8	2,2
ІМ у хворих на АГ	2,7	15,2
ЦД II типу у хворих на АГ	7,7	10,9
МІ у матері	20,4	8,7
МІ у батька	13,6	10,9
ІМ у матері	3,6	8,7
ІМ у батька	4,5	6,5

Одним із найважливіших немодифікованих факторів ризику для АГ вважають обтяжену спадковість. Встановлено, що у 52,3 % жінок і чоловіків з підвищеним рівнем АТ на АГ хворіла мати, у 24,3 % – батько. МІ перенесли 18,4 % матерів і 13,2 % батьків, ІМ – 4,5 % матерів і 4,9 % батьків.

Серед обстежених хворих фізичні навантаження мали 63,6 %, а психо-емоційні навантаження – 100 % осіб. Розумовий характер професійної діяльності було встановлено у 47 %, фізичний – у 44,4 %, змішаний – у 8,6 % осіб. Зловживали кухонною сіллю 36,1 % хворих, палили – 12,4 %, вживали спиртні напої 73,7 % осіб. Хворих на АГ, які щоденно вживали алкоголь або зловживали ним у нашому дослідженні не було виявлено. Результати проведеного аналізу анамнестичних даних щодо наявності факторів ризику в залежності від статі наведено в табл. 2.

Проведений аналіз засвідчив, що серед хворих на АГ відсоток чоловіків, в анамнезі яких виявлені фізичні навантаження, був вдвічі більшим, ніж відсоток жінок – 91,3 % і 44,6 % відповідно. Але така різниця була здебільшого завдяки особам, що мали сезонні навантаження на присадибній ділянці. Відсоток чоловіків, які займалися щоденно ранковою гімнастикою майже співпадав з таким показником у хворих на АГ жінок 2,2 % і 2,3 % відповідно.

Часті та постійні ПЕН також були зареєстровані у більшості чоловіків – 54,3 %. Але в порівнянні з жінками цей відсоток був значно меншим, за рахунок чоловіків, у яких ПЕН спостерігалися досить рідко.

Відсоток чоловіків з розумовим характером професійної діяльності був вищим, ніж відсоток чоловіків з фізичним характером праці, і становив 45,6 % і 37,0 % відповідно та незначно відрізнявся від такого показника у жінок (47,3%).

Таблиця 2

Модифіковані фактори ризику у хворих на АГ, пов'язані зі способом життя та навколишнім середовищем

Фактори ризику	Хворі на АГ	
	жінки (n = 110)	чоловіки (n = 23)
	(%)	(%)
Фізичні навантаження:		
а) ранкова гімнастика	2,3	2,2
б) прогулянки до 3 км/добу	3,6	6,5
в) сезонні	38,6	82,6
ПЕН*:		
а) зрідка	29,5	45,7
б) часті	52,3	50,0
в) постійні	18,2	4,3
Характер ПД**:		
а) розумовий	47,3	45,6
б) фізичний	45,9	37,0
в) змішаний	6,8	17,4
Зловживали сіллю:		
а) зрідка	22,7	2,2
б) постійно	16,4	19,6
Тютюнокуріння	8,6	30,4
Вживання алкоголю	73,6	73,9

Примітки: * – психо-емоційні навантаження; ** – професійна діяльність.

Зловживали кухонною сіллю 21,7 % чоловіків і 39,1 % жінок. Але в порівнянні з жінками відсоток чоловіків, які зловживали сіллю постійно був значно вищим і склав 19,6 % і 16,4 % відповідно.

Відсоток хворих на АГ чоловіків, що палили був в 3,5 рази вищим за такий показник у хворих на АГ жінок і становив 30,4 % і 8,6 % відповідно. Зовсім не вживали алкоголь майже однаковий відсоток чоловіків і жінок (26,1 % і 26,4 % відповідно).

Одним із основних модифікованих факторів ризику МІ є надлишкова маса тіла. Аналіз антропометричних показників обстежених осіб показав, що нормальну масу тіла мали 10 % жінок і 23,9 % чоловіків, надлишкову – 37,3 % і 39,1 % осіб відповідно, ожиріння – 52,7 % і 37 % хворих відповідно. При цьому ожиріння I ступеня мали 53 (31,8 %) жінок і 17 (37 %) чоловіків, тоді як ожиріння II і III ступеня було виявлено тільки у 34 (15,4 %) жінок і 12 (5,5 %) чоловіків.

Таким чином, за результатами дослідження було встановлено, що жінки, хворі на АГ порівняно з чоловіками мають значно гірші показники за рядом параметрів, які характеризують ризик розвитку мозкового

інсульту. Тому своєчасна модифікація цих факторів дозволить знизити не тільки кількість ускладнень, але й передчасну судинну смертність.

За даними скринінгу, існує велика інформаційна прірва з питань профілактики та запобігання розвитку артеріальної гіпертензії та ускладнень. Люди чітко знають про важкі наслідки хвороби, проте не застосовують ніяких профілактичних заходів. Складною є і ситуація з лікуванням артеріальної гіпертензії. Більшість людей не усвідомлюють важливості постійного лікування і тому ефект від лікування є незначним.

Враховуючи аналіз літературних джерел з питань профілактики та лікування артеріальної гіпертонії, а також результати наукових досліджень медиків і фахівців галузі фізичного виховання, спорту і здоров'я людини нами була запропонована комплексна програма фізичної реабілітації, яка включала класичний масаж, самомасаж, сегментарно-рефлекторний масаж, ЛФК, фізіотерапію, фітотерапію, а також рекомендації по харчуванню.

У процесі дослідження взяло участь 63 хворих, у яких було встановлено діагноз: артеріальна гіпертензія. Хворих було розподілено на дві групи: основна група № 1 – пацієнти з артеріальною гіпертензією (n=31); контрольна група № 2 – пацієнти з артеріальною гіпертензією (n=32).

На фоні медикаментозної терапії всім пацієнтам було рекомендовано комплекс реабілітаційних заходів, загальна тривалість якого складала шість місяців. Пацієнти основної груп проходили реабілітацію відповідно до розробленої нами програми у поєднанні з прийомом лікувальних медичних препаратів. Пацієнти контрольної групи проходили відновне лікування за загальноприйнятою методикою лікування на артеріальну гіпертензію. Повторне обстеження пацієнтів проводилося через шість місяців із моменту включення хворих до програми реабілітації.

Під час складання програми фізичної реабілітації було зроблено акцент на її відповідність функціональним можливостям пацієнтів та доступність реабілітаційних засобів, оскільки дотримання рекомендацій реабілітолога особами з артеріальною гіпертензією не може обмежуватися певним часовим проміжком, а має природним чином назавжди стати невід'ємною частиною повсякденного життя хворого.

Програму було розроблено відповідно до функціональних класів хвороби серця пацієнтів із врахуванням загальних педагогічних принципів. Здійснено психофізичний підхід до побудови програми реабілітації.

Отримані в процесі дослідження результати засвідчили ефективність розробленої програми. Було отримано статистично значущу позитивну динаміку клініко-функціональних показників та зниження факторів кардіометаболічного ризику. Так, на момент включення до спостереження всі пацієнти страждали на артеріальну гіпертензію. Застосування комплексної програми фізичної реабілітації дало змогу вже на третій місяць досягти покращення основних показників системної гемодинаміки.

За даними офісного вимірювання артеріального тиску, через три місяці реабілітації в основній групі № 1 та контрольній групі № 2 систолічний АТ знизився на 9,1 ($p < 0,01$) та 8,9 мм рт. ст. ($p < 0,01$), відповідно. Показники діастолічного АТ знизились у групах № 1, 2, відповідно, на 6,9 ($p < 0,05$) і 5,8 мм рт. ст. ($p < 0,05$). Різниця в показниках при міжгруповому порівнянні статистично незначуща.

Через шість місяців реабілітації, за даними вимірювання АТ, показники систолічного АТ зменшилися, порівняно з початковими, на 8,2, 5,8, мм рт. ст. у групах № 1, 2, відповідно ($p < 0,01$), а показники діастолічного АТ – на 6, 3,7 мм рт. ст. ($p < 0,01$). Різниця при порівнянні показників основних і контрольних груп статистично значуща на рівні $p < 0,01$.

За даними добового моніторингу артеріального тиску, у порівнюваних групах відзначено позитивні зміни показників системної гемодинаміки, які досягли найбільшої різниці при порівнянні між основними й контрольними групами на завершальному етапі дослідження, тобто через шість місяців реабілітації (табл. 3.).

Таблиця 3

Показники добового моніторингу артеріального тиску у хворих на артеріальну гіпертензію в динаміці спостереження

Показник	Група	Стат. показники	До реабілітації	Через 6 місяців
Середньодобовий систолічний артеріальний тиск, мм рт. ст.	№ 1	x	143,2	136**##
		S	6,9	6,6
	№ 2	x	144,3	139,5**
		S	6,6	7,4
Середньодобовий діастолічний артеріальний тиск, мм рт. ст.	№ 1	x	89,1	85,4***##
		S	4,9	4,9
	№ 2	x	90,1	87,1*
		S	3,9	6,1
Індекс часу для систолічного артеріального тиску, %	№ 1	x	56,9	30,9***##
		S	3,6	3,6
	№ 2	x	56,5	38,4***
		S	4	3,8
Індекс часу для діастолічного артеріального тиску, %	№ 1	x	52,9	25,4***##
		S	3,6	3,6
	№ 2	x	52	36***
		S	3,6	3,6

Примітки: Статистична значущість змін порівняно з показником «До реабілітації»: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$.

Статистична значущість різниці з показником контрольної групи: # – $p < 0,05$, ## – $p < 0,01$, ### – $p < 0,001$.

У контрольній групі № 2 позитивний ефект був виражений менше: спостерігалось зниження середньодобового систолічного АТ на 5,2 мм рт. ст. ($p < 0,01$), середньодобового діастолічного АТ – на 3 мм рт. ст. ($p < 0,05$), індексу часу для систолічного АТ – на 21,9 % ($p < 0,001$), індексу часу для діастолічного АТ – на 22,8 % ($p < 0,001$). Цільовий рівень АТ, який для хворих МС складає 130/80 мм рт. ст., через шість місяців реабілітації підтримували 39 і 22 % пацієнтів груп № 1 та № 2 відповідно.

Узагальнюючи результати проведеного дослідження, можна зробити висновок, що засоби фізичної реабілітації є невід’ємною частиною в лікуванні гіпертонічної хвороби.

За результатами скринінгового дослідження артеріальна гіпертензія була виявлена в 35 % пацієнтів, знають про її наявність 67 %, регулярно лікуються 18 %, отримували адекватне лікування (артеріальний тиск $< 140/90$ мм рт. ст.) 7,3 % хворих на артеріальну гіпертензію. Поширеність артеріальної гіпертензії за нашими даними наближено відповідає цифрам поширеності такого захворювання як в Україні, так і в цілому світі (близько 35–40 %).

Проведення реабілітаційних заходів і в основній і в контрольній групах сприяло суттєвому покращенню показників АТ уже через три місяці. Більш ефективний контроль артеріального тиску, якого вдалося досягти у хворих на артеріальну гіпертензію під впливом комплексної програми фізичної реабілітації за запропонованою методикою, засвідчує переваги запропонованої програми перед загальноприйнятою та доцільність її впровадження в практику.

1. Сергієнко О. О. Артеріальна гіпертензія. Клінічна фармакологія та фармакотерапія / О. О. Сергієнко, М. С. Резеда, Є. В. Плеханов. – Львів, 2009. – 188 с. 2. Баранова І. В. Дослідження ефективності методів фізіотерапії в лікуванні артеріальної гіпертензії // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2007. – № 11 (2/1). – С. 618–620 3. Ежов В. В. Изучение возможности оптимизации восстановительного лечения больных артериальной гипертензией // Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія / В. В. Ежов, А. П. Головченко, Л. В. Ежова. – 2006. – № 3 (47) – С. 10–11. 4. Заболевания сердца и реабилитация / Под общ. ред. М. Л. Положа, Д. Х. Шмидта. – К. : Олимпийская литература, 2000. – 408с. 5. Корнацький В. М. Регіональні особливості хвороб системи кровообігу населення України (2005–2009 рр.) [Електронний ресурс] / В. М. Корнацький, І. В. Третяк // Укр. кардіолог. журн. – 2011. – Режим доступу : <http://www.ukrcardio.org/journal.php>.