

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ХАНЮКОВА ІННА ЯРОСЛАВІВНА

УДК 616.12-008.331.1:616-036.86

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ЕКСПЕРТИЗА ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ІНВАЛІДІВ
ВНАСЛІДОК ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ**

14.01.11 - кардіологія

АВТОРЕФЕРАТ
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Запоріжжя-2005

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Українському державному науково-дослідному інституті медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України, м. Дніпропетровськ.

Науковий керівник: доктор медичних наук,
професор,
академік АМН України,
ДЗЯК Георгій Вікторович
Дніпропетровська державна медична академія, ректор,
завідувач кафедри госпітальної терапії № 2

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Сиволап Віктор Денисович**, завідувач кафедри факультетської терапії Запорізького державного медичного університету МОЗ України;

доктор медичних наук, професор **Целуйко Віра Йосипівна**, завідувача кафедри кардіології та функціональної діагностики Харківської державної медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

Провідна установа: Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска АМН України, відділ симптоматичних гіпертензій, м.Київ.

Захист відбудеться 13.04.2005 р. о 14 годині на засіданні спеціалізованої Вченої Ради Д 17. 600. 02 Запорізького державного медичного університету МОЗ України (69035, Запоріжжя, пр. Маяковського, 26).

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Запорізького державного медичного університету МОЗ України (69035, Запоріжжя, пр. Маяковського, 26).

Автореферат розісланий 11.03.2005р.

Вчений секретар

Спеціалізованої вченої ради Д 17. 600.02

Доктор медичних наук, професор

Волошин М.А.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Гіпертонічна хвороба (ГХ) - найбільш розповсюджене неінфекційне захворювання людини. За даними офіційної статистики (2003 р.), ГХ зареєстрована у понад 9,1 млн. мешканців України і ще у 0,2 млн. осіб діагностовані вторинні гіпертензії, що складає 22,6% дорослого населення країни. Кожного року більш ніж 4 тис. мешканців України визнаються інвалідами внаслідок цього захворювання (Коваленко В.М., 2002; Коваленко В.М., Сіренко Ю.М., 2003) . Артеріальна гіпертензія (АГ) – основний фактор ризику ішемічної хвороби серця (ІХС), інфаркту міокарда, мозкового інсульту, які в сукупності дають 88,6% загальної смертності від хвороб системи кровообігу (ХСК). Серед осіб з підвищеним артеріальним тиском (АТ) смертність майже вдвічі вища, ніж серед осіб з нормальним АТ (Коваленко В.М., Корнацький В.М., 2003).

Україна, як і більшість держав світу, передбачає в своїй соціальній політиці заходи щодо збереження здоров'я населення, профілактики хвороб, попередження інвалідності, а також заходи по реабілітації та реінтеграції у суспільство осіб з захворюваннями, що зумовлюють інвалідність та удосконалення нормативно-правової бази щодо їх здійснення (Маруніч В.В. і співавт., 1999; Іпатов А.В., Сергієні О.В., 2000).

Закон України “Про основи соціальної захищеності інвалідів” (1991, 1994, 2001, 2004рр.) та нова Інструкція про встановлення груп інвалідності N516/9115 від 7 квітня 2004р. впроваджують новий зміст поняття “інвалід”, змінюють засади визначення інвалідності, що потребує у корені змінити методичні підходи до встановлення інвалідності, критеріїв її оцінки, формування нових загальних принципів і окремих положень медико-соціальної експертизи. Між тим, до теперішнього часу залишаються недостатньо розробленими та науково обґрунтованими сучасні принципи здійснення медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів внаслідок ГХ відповідно до нових уявлень.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана в межах Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні (Наказ МОЗ України № 74/18 від 30.03.1999р.), Комплексної програми профілактики інвалідності серед дітей і населення працездатного віку на період 2000-2005рр. (Наказ МОЗ України №117 від 23.05.2000); є фрагментом планової НДР УкрДерж НДІ МСПІ “Удосконалити медико-соціальну експертизу та реабілітацію інвалідів та хворих на гіпертонічну хворобу” (2001-2003рр., № держреєстрації 0101U001583).

Мета дослідження – науково обґрунтувати і удосконалити медико-соціальну експертизу та реабілітацію інвалідів внаслідок гіпертонічної хвороби.

Для досягнення означеної мети поставлені такі завдання:

1. Визначити динаміку показників первинної інвалідності внаслідок ГХ в Україні протягом 1999-2003 років.
2. Визначити соціально-гігієнічні характеристики контингенту інвалідів внаслідок ГХ.
3. Дати оцінку клініко-функціональних порушень і обмежень категорій життєдіяльності при різних стадіях та важкості перебігу ГХ.
4. Розробити на підставі сучасної концепції інвалідності і класифікації АГ принципи медико-соціальної експертизи хворих та інвалідів, що хворіють на ГХ.
5. Розробити методичні принципи побудови базових програм медико-соціальної реабілітації інвалідів внаслідок ГХ для практичного використання лікувально-профілактичними закладами та медико-соціальною експертною службою України.
6. Розробити пропозиції щодо профілактики інвалідності і подальшого удосконалення медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів внаслідок ГХ.

Об'єкт дослідження: хворі та інваліди внаслідок ГХ.

Предмет дослідження: медико-соціальна експертиза та реабілітація інвалідів внаслідок ГХ.

Методи дослідження: дослідження проведено з використанням сучасних соціально-гігієнічних (для систематизації одиниць дослідження та об'єднання їх в однорідні групи; комплексної оцінки первинної інвалідності, вивчення потреби у реабілітації); електрофізіологічних, клініко-лабораторних, психологічних (для розробки методичних принципів диференційованого визначення ознак інвалідності і складання базових програм реабілітації) та інш.

Наукова новизна дослідження отриманих результатів. Вперше з урахуванням сучасної концепції інвалідності виявлені основні фактори та об'єктивні критерії, що обумовлюють первинну інвалідність внаслідок ГХ, визначені особливості цього контингенту інвалідів.

На засадах Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ), з урахуванням наявності обмеження основних видів життєдіяльності і контекстових факторів, вперше розроблені методологічні принципи визначення інвалідності і прийняття експертного рішення у хворих на ГХ.

Науково обґрунтовані та розроблені пропозиції щодо профілактики інвалідності внаслідок ГХ для включення в комплексну програму профілактики та зниження інвалідності МОЗ України на 2006-2010рр.

Розроблені науково обґрунтовані комплексні програми реабілітації інвалідів внаслідок ГХ, що базуються на визначених у дослідженні потребах інвалідів в

медико-соціальної реабілітації і містять комплексні заходи щодо медичної, фізичної, психологічної, професійної та соціальної реабілітації.

Практичне значення отриманих результатів. Дані щодо соціально-гігієнічної характеристики контингенту інвалідів внаслідок ГХ є інформаційною базою для розробки державних та регіональних програм соціального захисту інвалідів внаслідок ГХ. Застосування розроблених принципів медико-соціальної експертизи дозволить лікарям-експертам правильно вирішувати питання медико-соціальної експертизи щодо хворих на ГХ, підвищить рівень та якість надання медико-соціальної та реабілітаційної допомоги інвалідам внаслідок ГХ в Україні. Матеріали дослідження можуть бути використані на міжгалузевому рівні у закладах системи соціального захисту населення та охорони здоров'я, а також у системі навчальних закладів для підготовки спеціалістів в галузі медико-соціальної експертизи та реабілітації.

Матеріали дослідження використані при розробці Інструкції про встановлення груп інвалідності N516/9115 від 7.04. 2004 р., методичних рекомендацій, що спрямовані на оптимізацію діяльності галузі: Стандарт організації, структури та функціонування спеціалізованих кардіологічних медико-соціальних експертних комісій, 2003.- 46с; Сучасні підходи до медико-соціальної експертизи при гіпертонічній хворобі, 2004.- 25с. Результати дослідження впроваджені та використовуються в закладах медико-соціальної служби України: кардіологічних МСЕК Київської, Донецької та Дніпропетровської областей, в лікувальних закладах м. Дніпропетровська: клініці Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності, міській клінічній лікарні N11, а також використовуються як навчальний матеріал на кафедрі медико-соціальної експертизи факультету післядипломної освіти Дніпропетровської державної медичної академії.

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є самостійним науковим дослідженням. Автором розроблена програма, обрані напрямки наукового дослідження, визначені мета і завдання, методи та обсяг матеріалу дослідження. Здійснено збирання, статистичний аналіз та інтерпретація матеріалу, обговорення результатів, формулювання висновків щодо удосконалення медико-соціальної експертизи та реабілітації хворих та інвалідів внаслідок ГХ.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертації доповідалися на VII Конгресі кардіологів України (Дніпропетровськ, 2004); українській науково-практичній конференції „Профілактика і лікування артеріальної гіпертензії в Україні” (Київ, 2004); науково-практичній конференції з міжнародною участю “Сучасні проблеми МСЕ і реабілітації хворих та інвалідів внаслідок серцево-судинних захворювань” (Дніпропетровськ, 2002); науково-практичній

конференції „Сучасні аспекти медико-соціальної експертизи, реабілітації хворих та післядипломної підготовки лікарів” (Дніпропетровськ, 2004).

Апробація дисертації проведена на спільному засіданні Вченої ради Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України і кафедри госпітальної терапії №2 Дніпропетровської державної медичної академії МОЗ України (протокол №17 від 14.10.2004р.).

Публікації. За матеріалами дослідження опубліковано 18 наукових робіт, у тому числі 5 статей у наукових фахових журналах, рекомендованих ВАК України та 7 робіт без співавторів.

Обсяг та структура дисертації. Дисертаційна робота викладена на 164 сторінках машинописного тексту, містить 19 таблиць, 8 малюнків і складається із вступу, огляду літератури, описання матеріалу та методів досліджень, 4 розділів власних спостережень, обговорення одержаних результатів, висновків та практичних рекомендацій. Перелік використаної літератури містить 237джерел, з них 199 кирилицею, 38 латиницею.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріал та методи дослідження. Дослідження проводилося за двома етапами та мало декілька аспектів (рис.1). Соціально-гігієнічний аспект присвячувався визначенню характеристики контингенту інвалідів внаслідок ГХ. Об'єкт дослідження – контингент інвалідів внаслідок ГХ.

Бази дослідження – заклади медико-соціальної експертизи м.Дніпропетровська, кардіологічне відділення Укр Держ НДІ МСП. Об'єм дослідження склав 868 інвалідів. Період спостереження 1999-2003рр. В рамках цього фрагменту також проведено визначення потреби інвалідів внаслідок ГХ в медико-соціальній реабілітації за даними аналізу медико-експертної документації. На даному етапі виконання роботи були застосовані такі методи дослідження:

соціально-гігієнічні методи: історико-архівний метод: вивчення медико-експертної документації, протоколів засідань МСЕК, медико-експертних справ, амбулаторних карт хворих, історій хвороб, вивчення науково - медичної інформації; метод класифікації без вчителя: систематизація одиниць дослідження, об'єднання їх в однорідні групи; метод експертних оцінок проведення визначення якості та ефективності, дотримання вимог медико-реабілітаційних заходів у хворих на ГХ; метод логічних порівнянь для формування загальної клінічної симптоматики, універсальних методів медичної реабілітації; аналітичний, порівняльний та нормативний методи використовувалися для вивчення критеріїв стандартизації та фактичних наборів клініко-діагностичних заходів; медико-статистичні методи комплексної оцінки первинної інвалідності, визначення потреби у реабілітації.

Клініко-експертний та експертно-реабілітаційний аспекти присвячені розробці методичних принципів диференційованого визначення ознак інвалідності і складання базових програм реабілітації у хворих та інвалідів, що хворіють на ГХ. База дослідження – кардіологічне відділення УкрДержНДІ МСПІ.

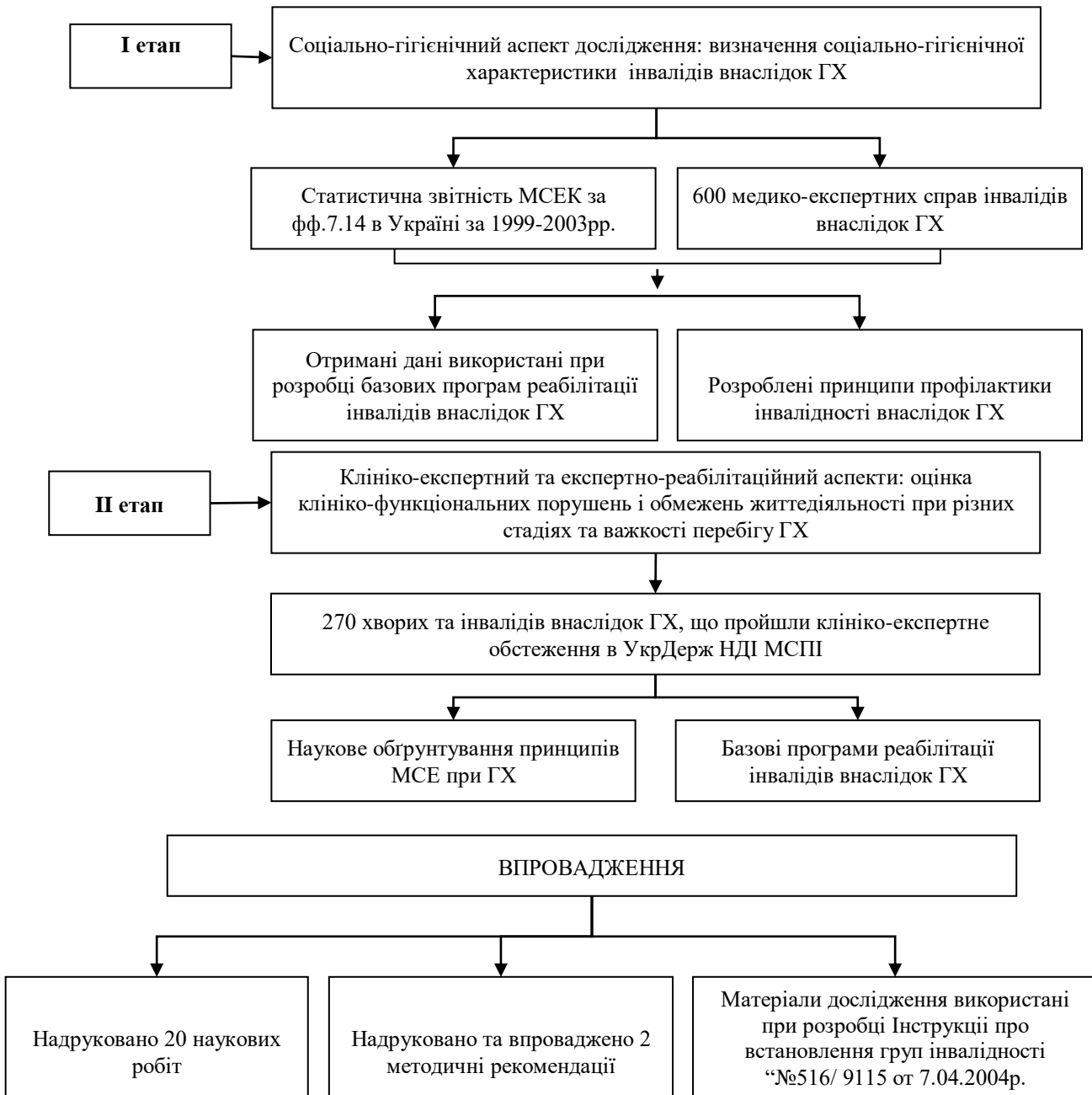


Рис. 1 Програма дослідження

Об'єкт дослідження – сукупність інвалідів внаслідок ГХ. Одиниця спостереження – інвалід внаслідок ГХ. Число спостережень – 270 інвалідів внаслідок ГХ (із переважним ураженням серця). Період спостереження - 2000-2003рр. Використані результати таких методів дослідження:

клініко-функціональний метод - проводилось вивчення скарг хворих, анамнезу, об'єктивних даних під час стаціонарного обстеження в клініці. Діагноз ГХ

встановлювали за даними клінічного обстеження: згідно з критеріями ВООЗ за рівнем ДАТ 90 мм рт.ст. і вище та/або САТ більше чи рівно 140 мм рт.ст., із застосуванням добового моніторування АТ.

Біохімічний метод. З метою визначення стану ліпідного обміну були використані методики: визначення вмісту загального холестерину методом Ілька; тригліцеридів - за уніфікованою методикою; бета-ліпопротеїдів - турбодиметричним методом за Бурштейном та Самою.

Вміст холестерину бета-ліпопротеїдів та холестерин пре-бета-ліпопротеїдів визначали розрахунковим методом. Про стан згортаючої та протизгортаючої системи крові судили по змісту індексу протромбінового часу; фібриногена - за методом Рутберга. Час рекальцифікації плазми, час лізису еуглобулінових згустків, толерантність плазми до гепарину визначалися за уніфікованими методиками. Мікроальбумінурію визначали напівкількісним методом із застосуванням тест-стрічок "Альбуфан" фірми Лахема

Електрофізіологічні методи. Реакцію серцево-судинної системи оцінювали за даними електрокардіографії (ЕКГ), моніторування ЕКГ та АТ, ехокардіографії (ЕхоКГ), реоенцефалографії (РЕГ), реовазографії (РВГ). Електрокардіографічне обстеження проводили на електрокардіографі "ЕКЧМП-Н3051" з мікропроцесорним керуванням, що забезпечує автоматичну числову обробку знятої ЕКГ. Аналізувались параметри ЕКГ за загальноприйнятими методиками.

ЕхоКГ дослідження проводили на апараті Sonolain SL-1 фірми Siemens. За стандартними методиками визначали такі показники гемодинаміки та скоротливої здатності міокарда лівого шлуночка (ЛШ): кінцево-діастолічний розмір (КДР), кінцево-діастолічний об'єм (КДО), кінцево-систолічний об'єм (КСО), діаметр лівого передсердя (ЛП), ударний об'єм (УО), хвилинний об'єм серця (ХОС), фракція викиду (ФВ), товщина міжшлуночкової перетинки (ТМШП) і задньої стінки (ТЗС) ЛШ під час діастолі. Маса міокарда (ММ) за формулою Penn-Convention. Індекс ММЛШ (ІММЛШ) обчислювали як співвідношення ММЛШ до площі поверхні тіла за стандартною номограмою. Для розподілу хворих за типом геометричної моделі ЛШ також зазначали відносну товщину стінки (ВТС) за формулою: $VTC = 2 \cdot T3C / LSHd / KDR$.

Добове моніторування ЕКГ та АТ проводили за допомогою системи "Кардіотехніка - 4000 АТ" фірми ІНКАРТ. Реєструвались відведення V2, V4 та V5. Оцінювали частоту серцевих скорочень (ЧСС) та варіабельність серцевого ритму. Моніторинг АТ проводився 24 години, інтервали вимірювання АТ між 7 та 23 годинами складали 25 хвилин, в нічний час між 23 та 7 годинами - 45 хвилин. Визначалися показники: середні величини САТ та ДАТ за добу, день і ніч, співвідношення величин АТ день/ніч, розраховувались індекси: відсоток перевищення, індекс часу, індекс площі, індекс площі приведеної.

Реографічні дослідження проводились на реографі "РПГ-4-02" з реєстраційною приставкою "ЕЛКАР-085". Оцінювались такі реопульмонографічні параметри, як амплітуда швидкого кровонаповнення, амплітуда систолічної хвилі, амплітуда діастолічної хвилі, період асинхронного скорочення, період напруження міокарда правого шлуночка (ПШ), період анакротичної фази, період швидкого кровонаповнення та період серцевого циклу. Особливості функціонального стану головного мозку досліджувались методом реоенцефалографії - на апараті ЕЕГ-164756.

Вестибулометричне обстеження проводилося за загальноприйнятою схемою і з експертною оцінкою, розробленою Д.І. Клименко (1997).

Психологічний метод. Для психологічних досліджень використано стандартизований багатопрофільний метод дослідження особистості (СБДО), особистісний опитувальник Р.Кеттела та методику психологічної діагностики типів відношення до хвороби (ТВХ).

Усі хворі були обстежені офтальмологом (стан очного дна, гострота зору) та невропатологом (наявність та стадія гіпертензивної енцефалопатії).

Статистичний метод. Результати досліджень опрацьовувалися статистично на персональній електроннообчислювальній машині (ПЕОМ) за допомогою пакету прикладних програм Microsoft Exel 97.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Соціально-гігієнічна характеристика інвалідів внаслідок гіпертонічної хвороби. Аналіз даних офіційної статистики показав, що питома вага інвалідів внаслідок ХСК в Україні протягом 1999-2003 років склала від 29,8% до 26,2%. Тобто, нозологічна структура первинної інвалідності в Україні за останні п'ять років залишається незмінною за ранговими місцями класів хвороб і перше місце стабільно посідають ХСК.

Аналіз статистичних даних первинної інвалідності за 1999-2003 роки свідчить про те, що протягом періоду, що аналізувався, серед ХСК в Україні третє місце як причина інвалідності посідає ГХ (після цереброваскулярної патології та ІХС) (рис.2).

У 1999 та 2000 рр. серед первинних інвалідів внаслідок ГХ переважали особи пенсійного віку (50,9% та 50,3% відповідно). З 2001р. по 2003р. відмічається зростання питомої ваги, серед цього контингенту, осіб працездатного віку (46,4%, 51,3%, 52,4% відповідно).

Серед вперше визнаних інвалідами внаслідок ГХ переважають особи з другою та третьою групами інвалідності. В Україні за період, що досліджувався, друга група інвалідності при ГХ визначалася в 48,3%-41,8% випадків, найбільша – в 1999, найменша – в 2003 році. Перша група інвалідності внаслідок ГХ загалом по Україні визначалася у 18,3%-19,7% випадків; найбільша кількість була встановлена у 1999 та 2000 роках, в подальшому питома вага інвалідів першої групи зменшилась. Третя

група інвалідності внаслідок ГХ в Україні визначалася в 29,8%-36,9% випадків, найменша – в 2003 році.

Таким чином, первинна інвалідність внаслідок хвороб системи кровообігу в Україні протягом 1999-2003рр. характеризується перевагою в її структурі цереброваскулярних хвороб, ішемічної хвороби серця та гіпертонічної хвороби; більша частина інвалідів є особами працездатного віку; серед вперше визнаних інвалідами внаслідок ГХ переважає тяжка –II група інвалідності; найбільш високий рівень інвалідності спостерігається у осіб працездатного віку.

За даними застосування дисперсійного та кореляційного, факторного аналізів виявлено, що показники інвалідності внаслідок ГХ в Україні залежать від багатьох факторів. Нами не виявлено, як логічно було би очікувати, прямого кореляційного зв'язку інвалідності внаслідок ГХ з показниками захворюваності на ГХ. Навпаки, простежується зворотній кореляційний зв'язок між цими показниками. Наімовірніше, це пов'язано з тим, що деяка кількість виявлених хворих на ГХ залишається без адекватного сучасного лікування, що обумовлює виникнення в них ранніх ускладнень ГХ і за статистичною звітністю вони переходять до інших нозологічних форм (ІХС, ЦВП).

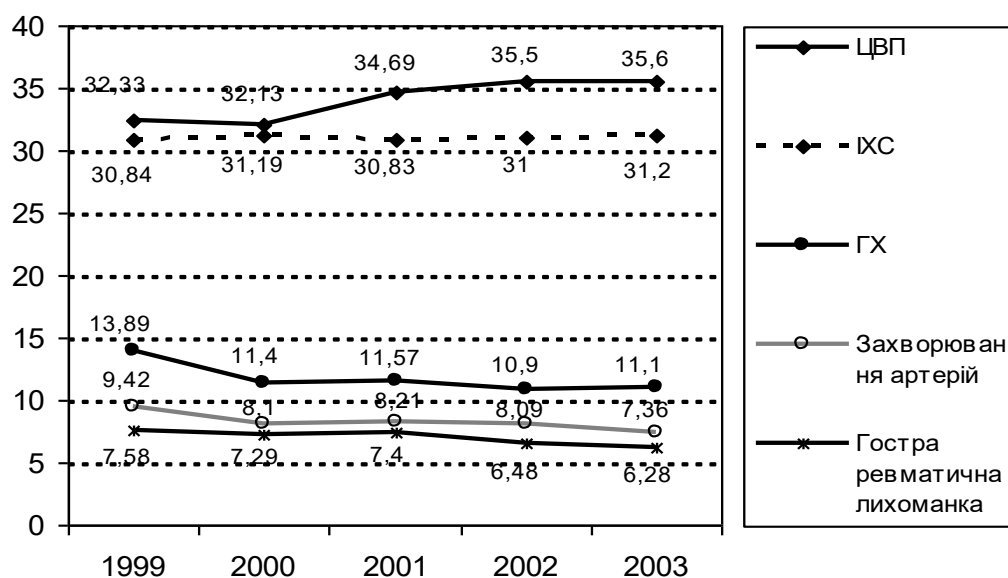


Рис. 2 Динаміка розподілу показників первинної інвалідності в класі хвороб системи кровообігу за період 1999-2003рр.

Не виявлено значного впливу демографічної ситуації на інвалідність, що обумовлено відсутністю пілг у зв'язку з інвалідністю, внаслідок чого хворі похилого віку не звертаються до МСЕК.

Проведене вивчення основних причин та несприятливих факторів, які впливають на інвалідізацію при ГХ показало, що провідними причинами є: несприятливий перебіг і прогноз захворювання, незадовільна якість діагностики та

лікування, умови праці (фізичні та емоційні перенавантаження), несвоєчасне й нераціональне працевлаштування, матеріально-побутові умови та фактори ризику.

За даними факторного аналізу встановлено, що формування інвалідності внаслідок ГХ в Україні залежить на 53% від медичних факторів (провідні серед них – якість диспансерного нагляду та лікування, несприятливий перебіг та прогноз захворювання), на 29% - від професійно-трудова факторів (провідні серед них – протипоказаний й характер та умови праці, рівень загальної та професійної освіти), на 11% - від соціально- побутових факторів, головним серед них є забезпечення матеріальними засобами) на 7% - від факторів організації та діяльності закладів медико-соціальної експертизи (основні серед них – укомплектованість кваліфікованими кадрами, матеріально- технічне забезпечення та співробітництво з лікувально- профілактичними закладами).

Таким чином, інвалідність внаслідок ГХ в Україні обумовлена багатьма медичними, соціальними, організаційними та іншими факторами, що знаходяться у складній взаємозалежності. Виявлений комплекс основних факторів, що визначають рівень інвалідності при ГХ, необхідно враховувати при розробці конкретних комплексних міжгалузевих програм, які будуть сприяти профілактиці та зниженню важкості інвалідності.

Встановлено, що за освітою переважають особи із середньою спеціальною освітою (41,8%) ; за професійною належністю 58,2% склали особи робочих професій. Той факт, що серед первинно визнаних інвалідами внаслідок ГХ переважають особи із середньою спеціальною освітою, свідчить про недостатню роботу по соціально-трудова реабілітації цих хворих. Середня спеціальна освіта розширює можливості перекваліфікації та працевлаштування цих хворих.

Звертають на себе увагу ті обставини, що 51,3% хворих на ГХ до визначення їм інвалідності антигіпертензивні засоби не приймали та не перебували на диспансерному обліку, при тому, що у 48,7% первинно визнаних інвалідами ГХ за анамнезом була протягом 10 та більше років. А серед осіб, що перебували під диспансерним наглядом, 81,3% хворих приймали антигіпертензивні засоби не систематично. Наведені факти пояснюють ситуацію, за якою серед осіб, первинно визнаних інвалідами внаслідок ГХ, переважають особи з важкими групами інвалідності.

Встановлено, що у 37,8% випадків експертне рішення МСЕК щодо групи інвалідності у хворих на ГХ не співпадали з рішенням експертної комісії інституту. Виявлені найбільш вагомими труднощі щодо винесення експертних рішень у МСЕК. Це: відсутність адекватної оцінки стану клініко-функціональних порушень (70,1%); неврахування соціального фактора (15,3%) та супутніх захворювань, що обтяжують перебіг ГХ (10%).

Аналіз причин інвалідності внаслідок ГХ показав, що основну частину складають інваліди у зв'язку з загальним захворюванням – 64,2%; причину, пов'язану

з ліквідацією аварії на ЧАЕС, мають 30,0% інвалідів, причину „проходження військової служби – 2,3%, інваліди Вітчизняної війни - 0,4%, інваліди у зв'язку з виконанням обов'язків військової служби склали 3,1% у загальному контингенті інвалідів внаслідок ГХ. Серед чоловіків закономірно більше, у порівнянні з жінками, інвалідів Вітчизняної війни, осіб з причинами інвалідності, що пов'язані з проходженням військової служби та виконанням обов'язків військової служби.

Динаміка групи інвалідності здебільшого стабільна – в 81,6% випадків, позитивна всього у 3,6% та негативна – 14,8% від загального контингенту інвалідів внаслідок ГХ. У 36,8% хворих на ГХ термін перебування на інвалідності був до 5 років, у 44,1% - до 10 років, 19,1% - більше 10 років.

З урахуванням результатів експертно-реабілітаційної діагностики визначена потреба інвалідів у заходах медико-соціальної реабілітації. Щодо медичної реабілітації мали потребу у відновлювальній терапії в амбулаторних умовах 100% інвалідів, в реабілітаційних заходах в умовах стаціонару - 96,2% інвалідів, у реконструктивних операціях на коронарних та магістральних артеріях – 9,2% інвалідів, в санаторно-курортному лікуванні – 51,9%, у диспансерному нагляді – 100% інвалідів внаслідок ГХ.

Встановлено, що в заходах по професійної реабілітації мали потребу 36% інвалідів, серед останніх найбільш суттєва (52,9%) потреба у працевлаштуванні за попереднім фахом зі зменшенням об'єму роботи й зміною умов праці; у професійному навчанні мали потребу 2,3% інвалідів.

В заходах по соціальній реабілітації мали потребу 91,5% інвалідів. Ці заходи стосувалися, головним чином, інвалідів першої та другої груп й у 73,7% полягали в соціально-середовищній орієнтації, в 64,6% випадків - у соціально-побутовій адаптації, у 23,8% - у частковому нагляді на дому, в 28,8% у наданні технічних засобів для самообслуговування і нагляду за інвалідом у побуті, в 69,3% випадків - наданні соціально-побутових послуг. Значна кількість інвалідів внаслідок ГХ мала потребу у соціально-психологічній адаптації та соціальній підтримці (73,8 % та 87,2%).

Таким чином, встановлено, що більшість хворих мали потребу в заходах медичної, професійної та соціальної реабілітації, що обумовлено перевагою в контингенті інвалідів осіб працездатного віку з тяжкими групами інвалідності.

У кардіологічному відділенні клініки інституту було обстежено 270 хворих та інвалідів внаслідок ГХ віком від 30 до 60 років. Обстежені були поділені на 3 групи: I група – хворі на АГ I стадії (80 осіб); II група - хворі на ГХ II стадії (100 осіб); III група – хворі на ГХ III стадії (90 осіб). Середній вік осіб I групи - $38,31 \pm 1,0$; II групи – $46,8 \pm 0,6$; III група - $48,41 \pm 1,11$

Спостереження за клінічним станом виявило цілу низку загальних рис перебігу хвороби для усіх досліджуваних груп. Поряд з цим, виявлені відмінності, притаманні кожній групі, що суттєво впливають на прогноз хворих та стан їх життєдіяльності.

При ГХ один із найважливіших органів мішеней - серце. ГЛШ є основною структурною зміною серцевого м'язу при ГХ. Під час аналізу структурної перебудови міокарда ЛШ за даними ЕхоКГ в II та III групах виявлені вірогідні зміни таких показників: потовщення МШП, збільшення ММ ЛШ, ІММ ЛШ, що свідчить про формування значної ГЛШ у хворих II та III груп (табл. 1).

На підставі результатів добового моніторингу АТ нами були виділені специфічні діагностичні і прогностичні особливості перебігу ГХ у досліджуваних групах. Добовий профіль АТ у більш як половини досліджуваних по групам характеризувався переважанням стійкої діастолічної гіпертензії протягом нічного періоду.

Таблиця 1

Ехокардіографічні параметри ЛШ у інвалідів та хворих на гіпертонічну хворобу, (М±m)

Показники	I група	II група	III група
ММЛШ	218,3±2,06	224,0±2,09***	226,9±2,01***
ІММЛШ	109,6±1,35	113,6±1,72***	113,9±1,31***
ТМЗСд	1,09±0,974	1,89±1,052	1,97±5,269
Діастолічна товщина міжшлуночкової перетинки, см	1,05±0,050	1,84±0,070	1,94±0,072

Примітка. Різниця показників достовірна порівняно з такими у хворих I групи:

* - $p < 0,001$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,05$.

У майже половини хворих II та III груп порушення циркадних ритмів АТ. Ступінь порушення циркадних ритмів АТ тільки певною мірою залежав від тяжкості ГХ: ознаки вказаних змін виявлені у однакової кількості хворих як II, так і III стадій ГХ, що свідчить про несприятливий вплив таких порушень добового профілю АТ на можливості прогресуючого ураження органів-мішеней навіть при ГХ II стадії.

Церебральне кровонаповнення, за даними РЕГ, у хворих I, II, III груп було у межах норми. Артеріальний гіпертонус зустрічався в усіх групах дослідження майже однакового ступеня вираження. У частини хворих усіх груп відзначалося зниження компенсаторно-адаптаційних можливостей (за даними ортопроби), найбільш суттєві у хворих II та III груп. За даними РВГ нижніх кінцівок, величина пульсового кровонаповнення у більшості досліджуваних була у межах норми., суттєве зниження спостерігалось лише у хворих та інвалідів внаслідок ГХ. Визначення показників білкового обміну у хворих на ГХ виявило деяке підвищення концентрації загальних білків плазми, найбільш суттєве у хворих III групи ($74,82 \pm 1,678$ г/л; $p < 0,05$). Помірна гіперпротеїнемія, мабуть, залежить від зменшення об'єму плазми при нормальній продукції сировоткових білків. Протеїнограма залишається майже нормальною в усіх досліджених групах.

За отриманими нами даними, цільового рівня Хс не було в жодній з груп. Помірно підвищений рівень Хс був у хворих II та III груп ($6,53 \pm 0,166$; $6,96 \pm 0,304$ ммоль/л відповідно; $p < 0,001$). Наявність підвищеного рівня Хс в усіх групах необхідно враховувати при складанні базових програм реабілітації для цього контингенту. Рівень Хс також необхідно враховувати при оцінці реабілітаційного потенціалу та прогнозу цього контингенту хворих, оскільки епідеміологічними дослідженнями доведено, що частота випадків ІМ збільшується вдвічі з підвищенням рівня Хс від 5,2 до 6,5 ммоль/л та втричі - при рівні Хс 7,8 ммоль/л і вище.

Мікроальбумінурія до 30 мг/добу визначалася у хворих II та III груп у 3 та 11% відповідно.

Вестибулярна дисфункція виявлена у хворих I, II та III груп у 3,7, 19,2 та 33,4% хворих відповідно.

Вивчення **психологічних особливостей хворих та інвалідів внаслідок гіпертонічної хвороби** показало, що загальним для хворих на ГХ є наявність деструктивного рівня особистісної тривожності, що відображають показники тесту СБДО, яка сприяє виникненню емоційно-вольових та поведінкових розладів, а також соціальній дезадаптації. Згідно з вищевикладеним, можна зробити висновки про те, що особливості виникнення, проявів та перебігу ГХ безпосередньо пов'язані з деструктивним рівнем особистісної тривожності, ступенем вираженості емоційно-вольових та поведінкових розладів, а також із рівнем соціальної дезадаптації хворих.

Високий рівень особистісної тривожності в поєднанні з формуванням та фіксацією неадекватної нестійкої самооцінки сприяє пригніченню відчуття відповідальності, побудові неконструктивних міжособистісних відносин і підвищує вірогідність виникнення дезадаптивних форм поведінки у хворих на ГХ.

Отже, клініко-функціональне та психологічне дослідження виявило, що у хворих та інвалідів внаслідок ГХ відзначаються порушення таких функцій організму: кровообігу, статодинамічної функції, психічних та сенсорних функцій та порушення функцій виділення. Наведені порушення призводять до обмеження таких видів життєдіяльності: здатності до самообслуговування, самостійного пересування, здатності до трудової діяльності та навчання. Названі обмеження обумовлюють соціальну недостатність внаслідок фізичної незалежності, мобільності й неможливості виконувати звичайну для людини роль у соціальному житті.

Наявність ознак соціальної недостатності, в свою чергу, визначає ознаки інвалідності, зумовлює необхідність соціальної допомоги й захисту, проведення реабілітаційних заходів.

При визначенні ступеня вираженості функціональних порушень та обмеження життєдіяльності при ГХ необхідно враховувати ряд факторів: комплекс загальноклінічних показників, що характеризують вираженість симптомів та синдромів, ступінь функціональних порушень; комплекс об'єктивних

інструментальних показників функції органів та систем, в тому числі, комплекс показників інструментального дослідження, що дозволяють судити про наявність ураження органів-мішеней; дані лабораторних, рентгенологічних, ультразвукових методів дослідження та інш.

Показники, що характеризують вираженість клінічної симптоматики й важкість перебігу захворювання, повинні бути пріоритетними при визначенні наявності й ступеня обмеження життєдіяльності хворих на ГХ. Клініко-інструментальні й клініко-лабораторні показники функціональних порушень є додатковими об'єктивними критеріями наявності й ступеня вираженості обмеження життєдіяльності.

Медико-соціальна експертиза і реабілітація хворих та інвалідів, що страждають на гіпертонічну хворобу. Дотримуючись загальних принципів і логіки формування медико-соціального експертного висновку щодо встановлення інвалідності, нами розроблено алгоритм проведення МСЕ у хворих на ГХ, що включає: формування клініко-експертного діагнозу; визначення виду обмеження життєдіяльності; обґрунтування експертного висновку про встановлення інвалідності; встановлення причин інвалідності; встановлення терміну інвалідності та строку переогляду інваліда у МСЕК.

Клініко-експертна діагностика містить визначення: клінічних (нозологічних) форм основного та супутнього захворювання, стадії патологічного процесу, характеру перебігу захворювання, виду порушень функцій організму, ступеня функціональних порушень, клінічного прогнозу.

При цьому очевидна необхідність застосування конкретних фізіологічних показників, що характеризують різні функції органів та систем, які за результатом проведення різноманітних реабілітаційних заходів можуть повністю або частково відновитися.

Встановлено, що у хворих та інвалідів внаслідок ГХ спостерігаються обмеження таких видів життєдіяльності: здатності до самообслуговування, самостійного пересування, здатності до трудової діяльності та навчання. Названі види життєдіяльності обумовлюють соціальну недостатність внаслідок порушення фізичної та економічної незалежності, мобільності і неможливості виконувати звичайну для людини роль в соціальному житті. Наявність ознак соціальної недостатності, в свою чергу, обумовлює ознаки інвалідності, необхідність соціального захисту, проведення реабілітаційних заходів.

За нашими спостереженнями, при визначенні ступеня вираженості прояву функціональних порушень та обмеження життєдіяльності при ГХ необхідно враховувати ряд факторів: комплекс загальноклінічних, у тому числі антропометричних, показників; комплекс клінічних показників, що характеризують вираженість прояву симптомів та синдромів, ступінь функціональних порушень; комплекс об'єктивних інструментальних показників органів та систем.

Згідно з нашими спостереженнями, клінічна (нозологічна) форма захворювання повинна вказуватися у відповідності до Міжнародної класифікації хвороб X перегляду із зазначенням деталізованого переліку клінічних форм і синдромів ураження функціональних систем організму за рангом тяжкості – від найтяжчого до найлегшого. Стадія ГХ визначається відповідно до класифікації артеріальної гіпертензії за ураженням органів-мішеней.

За результатами проведеного дослідження обґрунтовано й розроблено критерії встановлення груп інвалідності при ГХ. Інвалідність III групи встановлюється хворим на ГХ II-III ст. при помірних ураженнях органів-мішеней, з низьким або середнім ризиком розвитку серцево-судинних ускладнень, ефективному лікуванні, з СН IIАст., відсутності тяжких супутніх захворювань з обмеженням здатності до трудової діяльності, самообслуговування, пересування - I ступеня, що мають потребу в раціональному працевлаштуванні (зменшення об'єму виробничої діяльності або переведення на роботу за іншим фахом).

Інвалідність II групи встановлюється хворим на ГХ III ст. при вираженому ураженні органів-мішеней, з середнім та високим ризиком розвитку серцево-судинних ускладнень, нестійким ефектом лікування, при помірній декомпенсації СН IIА-ІІБ ст., дисциркуляторній енцефалопатії (ДЕ) II ст., з обмеженням здатності до самообслуговування, пересування, трудової діяльності, навчання – II ступеня. В деяких випадках при стабілізації процесу хворі можуть виконувати працю у спеціально створених умовах переважно вдома, з урахуванням професійних навичок.

Інвалідність I групи встановлюється хворим на ГХ III ст. з тяжкими ускладненнями (СН ІІБ-ІІІст., ДЕ ІІІст.), рефрактерністю до лікування, з обмеженням здатності до самообслуговування, пересування, навчання, трудової діяльності – III ступеня.

Таким чином, медико-соціальна експертиза при гіпертонічній хворобі базується на засадах інтегральної оцінки стану здоров'я, життєдіяльності, соціального стану хворого, здійснюється із системних позицій та має свої особливості. Викладені методичні підходи дозволили визначити критерії встановлення груп інвалідності при гіпертонічній хворобі, теоретично не входячи у супереч із сучасною концепцією інвалідності, що базується на міжнародній концепції наслідків хвороби та визначається схемою: захворювання (розлад) – порушення-обмеження життєдіяльності-соціальна недостатність.

Проведені нами дослідження дозволили обґрунтувати і розробити базові програми реабілітації інвалідів внаслідок ГХ. При складанні базових програм реабілітації інвалідів внаслідок ГХ обираються, перш за все, заходи, що спрямовані на відновлення таких видів життєдіяльності як пересування, самообслуговування та трудова діяльність. Здатність до перелічених видів життєдіяльності у хворих на ГХ

обмежена внаслідок артеріальної гіпертензії, стенокардії, недостатності кровообігу. Тому до програми медичної реабілітації необхідно включати комплексне етіопатогенетичне медикаментозне лікування, що спрямоване на досягнення зниження й стабілізацію цифр артеріального тиску, зниження рівня холестерину крові, покращення коронарного кровотоку та метаболізму міокарда, усунення та профілактику ускладнень, профілактику прогресування серцевої недостатності. До заходів, що сприяють відновленню фізичної працездатності, відносяться спеціальні методи лікувальної фізкультури, дозована хода та ін.

При формуванні програми професійної реабілітації інвалідів внаслідок ГХ перевагу слід надавати заходам, що спрямовані на працевлаштування пацієнтів у межах збережених фахових знань, навичок та стереотипів. Лише при повній втраті професійної працездатності (в тому числі профпридатності) й при збереженій здатності до навчання доцільне проведення заходів, що спрямовані на придбання пацієнтом нової професії.

При формуванні програми соціальної реабілітації слід мати на увазі, що перевага у контингенті інвалідів внаслідок ГХ осіб працездатного віку з тяжкими групами інвалідності викликає необхідність різноманітних заходів, які спрямовані, головним чином, на забезпечення їх самообслуговування й самостійного пересування.

Суттєву роль в успішній реалізації програм медичної, професійної й соціальної реабілітації відіграє психологічний аспект реабілітаційних заходів – психотерапія та психокорекція, які сприяють нормалізації психологічного статусу й соціально-середовищній адаптації інваліда.

Встановлено, що основним результатом проведених реабілітаційних заходів є досягнений рівень інтеграції інваліда в суспільство. Рекомендована доцільність оцінки результатів реабілітації таким чином: висока ефективність – повна інтеграція інваліда у суспільство, повне відновлення усіх видів життєдіяльності, у тому числі, здатності до трудової діяльності; задовільна ефективність – часткова інтеграція, зменшення ступеня обмежень життєдіяльності; низька ефективність – збереження на попередньому рівні або збільшення обмежень життєдіяльності.

Таким чином, результати дослідження дозволили дати характеристику стану інвалідності внаслідок ГХ в Україні, виявити фактори, що впливають на інвалідність та особливості контингенту інвалідів, розробити критерії медико-соціальної експертизи та базові програми реабілітації хворих та інвалідів внаслідок ГХ.

ВИСНОВКИ

В дисертаційній роботі на підставі комплексного дослідження удосконалено медико-соціальну експертизу і реабілітацію хворих та інвалідів внаслідок гіпертонічної хвороби.

1. Встановлено, що гіпертонічна хвороба як причина інвалідності населення України займає третє місце серед хвороб системи кровообігу. Питома вага гіпертонічної хвороби в структурі первинної інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу протягом 1999-2003рр. серед дорослого та працездатного населення має тенденцію до зниження від 2,6 до 1,9% та від 2,9 до 2,2% відповідно.

2. Визначено, що в структурі первинної інвалідності внаслідок гіпертонічної хвороби протягом останніх трьох років відмічається зростання питомої ваги осіб працездатного віку від 46,4% до 52,4%. Серед вперше визнаних інвалідами внаслідок гіпертонічної хвороби переважають особи чоловічої статі з важкими групами інвалідності, із причиною інвалідності "загальне захворювання", з неповною середньою освітою, переважно фізичним характером праці за основним фахом. Встановлені фактори, які сприяють формуванню інвалідності внаслідок ГХ: практично відсутній диспансерний нагляд цього контингенту хворих; лікування хворих на ГХ не відповідає сучасним стандартам терапії цього захворювання; обстеження хворих на ГХ не відповідає існуючим нормативним документам та наказам; не використовується продовження терміну лікування за листком непрацездатності хворих на ГХ; відсутність адекватних програм реабілітації інвалідів внаслідок ГХ.

3. Доведено, що при гіпертонічній хворобі спостерігаються порушення таких видів життєдіяльності: здатності до самообслуговування, самостійного пересування, трудової діяльності та навчання. Розроблені основні принципи медико-соціальної експертизи й прийняття експертного рішення при гіпертонічній хворобі являють собою комплексну оцінку стану хворого, визначення категорій і ступеня обмеження його життєдіяльності, виявлення соціальної недостатності й критеріїв тієї чи іншої групи інвалідності.

4. Критеріями встановлення інвалідності III групи є: ГХ II і III ст. з помірними ураженнями органів-мішеней, низьким або середнім ризиком розвитку серцево-судинних ускладнень, ефективним лікуванням, СН II А ст., з відсутністю тяжких супутніх захворювань, з обмеженням здатності до трудової діяльності, самообслуговування, пересування - I ступеня; II групи - ГХ III ст. з вираженими ураженнями органів-мішеней, середнім та високим ризиком розвитку серцево-судинних ускладнень, нестійким ефектом лікування, при помірній декомпенсації СН II А-ІІБ ст., дисциркуляторній енцефалопатії (ДЕ) II ст., з обмеженням здатності до самообслуговування, пересування, трудової діяльності, навчання - II ступеня; I групи - ГХ III ст. з важкими ускладненнями (СН ІІБ-III ст., ДЕ III ст.), рефрактерністю до лікування, з обмеженням здатності до самообслуговування, пересування, навчання, трудової діяльності - III ступеня.

5. Встановлено, що при складанні базових програм реабілітації інвалідів внаслідок гіпертонічної хвороби пріоритетними є заходи з стабілізації хвороби та її

контролю, які спрямовані на відновлення таких категорій життєдіяльності як самообслуговування, самостійне пересування, трудова діяльність та навчання.

6. Розроблені принципи медико-соціальної експертизи та формування базових програм реабілітації інвалідів дають можливість використання в практичній діяльності закладів охорони здоров'я алгоритму прийняття експертних рішень й формування варіантів індивідуальних програм реабілітації з урахуванням перебігу захворювання, функціональних порушень, професійного, соціально-середовищного статусу інваліда внаслідок гіпертонічної хвороби.

7. Визначена ефективність впровадження результатів дослідження в практичну діяльність установ медико-соціальної експертизи за рахунок підвищення якості надання медико-соціальної та реабілітаційної допомоги хворим на гіпертонічну хворобу, зниження первинної інвалідності та зростання показників реабілітації інвалідів внаслідок ГХ, соціального ефекту.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Використовувати в практичній діяльності МСЕК удосконалені принципи медико-соціальної експертизи інвалідів внаслідок ГХ у відповідності до Інструкції про встановлення груп інвалідності (2004) та визначення видів та ступеня обмеження життєдіяльності.
2. Використовувати у практичній діяльності МСЕК та ЛКК розроблені принципи побудови базових програм реабілітації інвалідів внаслідок ГХ.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ НАУКОВИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Ханюкова І.Я. Інвалідність внаслідок гіпертонічної хвороби в Україні // Медичні перспективи.- 2003, Т.VIII,4.-С.99-103.
2. Кліменко Д.І., Марченко С.В., Ханюкова І.Я. Критерії оцінки вестибулярно-судинних реакцій в практиці медико-соціальної експертизи // Матеріали науково-практичної конференції “Сучасні аспекти клініки, діагностики та лікування серцевої недостатності” (18-19 грудня 2003р., м.Запоріжжя).-Запорожский медицинский журнал.-2003, Т.2.-№6.-С.231-233. (Здобувачем особисто проведено обстеження хворих на гіпертонічну хворобу за розробленою програмою).
3. Ханюкова І. Методологія та сучасні підходи до проведення медико-соціальної експертизи при гіпертонічній хворобі //Укр. кардіол. журн.-2004.-№6.-С.52-56.
4. Ханюкова І.Я., Безбородько С.А., Грибанов П.М, З досвіду використання телмісартану в лікуванні інвалідів та хворих на гіпертонічну хворобу // Медичні перспективи.-2004, Т.IX/2._С.47-50. (Здобувачем особисто складено план

обстеження хворих, аналіз та статистична обробка одержаних даних, підготовлено статтю до друку).

5. Із досвіду застосування ПАЙЛЕР-світла в комплексному лікуванні гіпертонічної хвороби / С.А.Безбородько, І.Я.Ханюкова, Л.В.Омельницька, Н.М.Бірець та інш. // Науково-практичний журнал "Архів клінічної та експериментальної медицини".-2003, Т.12.-№2.-С.27. (Здобувачем особисто проведено клінічне, лабораторно-інструментальне обстеження хворих, аналіз та статистична обробка одержаних даних, підготовлено матеріали до друку).
6. Ханюкова І.Я. Соціально-гігієнічна характеристика інвалідів внаслідок гіпертонічної хвороби в Україні // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю "Сучасні проблеми МСЕ і реабілітації хворих та інвалідів внаслідок серцево-судинних захворювань.-Д.: Пороги, 2002.-С.66-72.
7. Стан центральної гемодинаміки у хворих та інвалідів внаслідок гіпертонічної хвороби / С.А.Безбородько, І.Я.Ханюкова, Л.В.Омельницька, О.В.Танцура // Міжвідомчий збірник наукових праць УкрДержНДІ МСПІ "Медико-соціальна експертиза та реабілітація інвалідів".-Вип.32.-Д.:Пороги,2003.-С.315-322. (Здобувачем особисто проведено клінічне, лабораторно-інструментальне обстеження хворих, зроблені висновки та підготовлено статтю до друку) .
8. Преимущества использования бетаксолола в индивидуальных программах реабилитации инвалидов вследствие гипертонической болезни / Е.М.Лысунец, И.Я.Ханюкова, Г.В.Охромий, А.В.Танцура // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції, присвяченої 30-річчю Українського державного НДІ реабілітації інвалідів МОЗ України "Актуальні питання медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів".-Вінниця.-2004.-С.89-92. (Здобувачем особисто складено план обстеження хворих, проведено клінічне обстеження та аналіз одержаних результатів, зроблені висновки).
9. Медико-соціальна експертиза інвалідів внаслідок гіпертонічної хвороби в рамках виконання Національної програми профілактики і лікування АГ в Україні / А.В.Іпатов, О.В.Сергієні, С.А.Безбородько, І.Я.Ханюкова та інш.// Матеріали Української науково-практичної конференції "Профілактика і лікування АГ в Україні в рамках Національної програми" 15-17 квітня, Київ.-2002.-С.47-48. (Здобувачем особисто складено план статті, проведено літературний пошук, зроблені висновки та підготовлено статтю до друку).
10. Ханюкова И.Я. Индивидуальные программы реабилитации инвалидов вследствие гипертонической болезни // "Фундаментальные исследования и прогресс в кардиологии".-Сборник тезисов Конгресса Ассоциации кардиологов стран СНГ.-Т.1,2003.-Санкт-Петербург.-С.299.
11. Лысунец Е.М., Ханюкова И.Я., Танцура А.В. Физическая реабилитация инвалидов вследствие гипертонической болезни в аспекте психологического комфорта // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю,

посвященній 80-летию кафедри медичинської реабілітації, фізіотерапії і курортології КМАПО ім.П.А.Шупика.-К.:Київський університет, 2004.-С.57-58. (Здобувач особисто склав план статті, зробив висновки та підготував статтю до друку).

- 12.Сергієні О.В., Безбородько С.А., Ханюкова І.Я. Базові програми реабілітації інвалідів внаслідок гіпертонічної хвороби // Матеріали Української науково-практичної конференції “Профілактика і лікування АГ в Україні“.-К.:СПД Коляда О.П., 2004.-С.131. (Здобувачем особисто зроблені висновки та підготовлено матеріали до друку).
- 13.Медико-соціальна експертиза та реабілітація інвалідів внаслідок гіпертонічної хвороби в аспекті виконання Програми “Профілактика і лікування артеріальної гіпертензії в Україні / О.М.Лисунець, І.Я.Ханюкова, С.А.Безбородько, Л.В.Омельницька, О.В.Танцура // Матеріали Української науково-практичної конференції “Профілактика і лікування АГ в Україні“ .-К.: СПД Коляда О.П., 2004.-С.96. (Здобувач особисто склав план роботи, зробив аналіз отриманих результатів та підготував матеріали до друку).
- 14.Медико-соціальна реабілітація хворих та інвалідів внаслідок гіпертонічної хвороби / О.М.Лисунець, І.Я.Ханюкова, С.А.Безбородько, Л.В.Омельницька, О.В.Танцура // Тези науково-практичної конференції “Сучасні аспекти медико-соціальної експертизи, реабілітації хворих та післядипломної підготовки лікарів”, присвяченої 25-річчю Кафедри МСЕ ФПО ДДМА.-Д:ДНУ, 2004.-С.181-183. (Здобувач особисто склав план статті, провів обстеження хворих та статистичний аналіз одержаних результатів, підготував статтю до друку).
- 15.Реалізація Національної Програми та стан медико-соціальної експертизи і реабілітації інвалідів внаслідок гіпертонічної хвороби / О.М.Лисунець, І.Я.Ханюкова, С.А.Безбородько, Г.В.Охромій, Л.В.Омельницька, О.В.Танцура// X Конгрес світової Федерації українських лікарських товариств 26-28 серпня 2004р. м.Чернівці.-Тези доповідей.-.- К.:ЗАТ “Київська книжкова фабрика”, 2004.-С.647. (Здобувачем особисто складено план роботи, проведено аналіз одержаних результатів, зроблені висновки та підготовлено матеріали до друку).
- 16.Ханюкова І.Я.Удосконалені критерії медико-соціальної експертизи при гіпертонічній хворобі серця // Матеріали VII Національного конгресу кардіологів України .-К.:СПД Коляда О.П., 2004.-С.309.
- 17.Ханюкова І.Я. Медико-соціальна експертиза при гіпертонічній хворобі // Матеріали Української науково-практичної конференції “Профілактика і лікування АГ в Україні”.-К.:СПД Коляда О.П., 2004.-С.158.
- 18.Ханюкова І.Я. Сучасні підходи до МСЕ при гіпертонічній хворобі // Тези науково-практичної конференції “Сучасні аспекти МСЕ, реабілітації хворих та післядипломної підготовки лікарів”, присвяченої 25-річчю кафедри МСЕ ФПО ДДМА.-Д:ДНУ, 2004.-С.65-67.

АНОТАЦІЯ

Ханюкова І.Я. “Медико-соціальна експертиза та реабілітація інвалідів внаслідок гіпертонічної хвороби”. –Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.11 – кардіологія. – Запорізький державний медичний університет МОЗ України, м.Запоріжжя,2005.

Дисертаційна робота присвячена питанням оптимізації медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів внаслідок гіпертонічної хвороби. Виявлені основні фактори та об’єктивні показники, що обумовлюють первинну інвалідність внаслідок гіпертонічної хвороби, визначені особливості цього контингенту інвалідів. Довено, що при гіпертонічній хворобі спостерігаються порушення таких видів життєдіяльності: здатності до самообслуговування, самостійного пересування, трудової діяльності та навчання.Розроблені основні принципи медико-соціальної експертизи і прийняття експертного рішення при гіпертонічній хворобі являють собою комплексну оцінку стану хворого, визначення категорій і ступеня обмеження його життєдіяльності, виявлення соціальної недостатності й критеріїв тієї чи іншої групи інвалідності. Встановлено, що при складанні базових програм реабілітації інвалідів внаслідок гіпертонічної хвороби пріоритетними є заходи з стабілізації хвороби та її контролю, які спрямовані на відновлення таких категорій життєдіяльності як самообслуговування, самостійне пересування, трудова діяльність та навчання.Розроблені принципи медико-соціальної експертизи та формування базових програм реабілітації інвалідів дають можливість використання в практичній діяльності закладів охорони здоров’я алгоритму прийняття експертних рішень і формування варіантів індивідуальних програм реабілітації з урахуванням перебігу захворювання, функціональних порушень, професійного, соціально-середовищного статусу інваліда внаслідок гіпертонічної хвороби. Визначена ефективність впровадження результатів дослідження в практичну діяльність установ медико-соціальної експертизи за рахунок зниження первинної інвалідності та зростання показників реабілітації інвалідів внаслідок гіпертонічної хвороби, соціального ефекту.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, інвалідність, медико-соціальна експертиза, реабілітація.

АННОТАЦИЯ

Ханюкова И.Я. “Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов вследствие гипертонической болезни”.-Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.11-кардиология. –Запорожский государственный медицинский университет МЗ Украины, г.Запорожье, 2005.

Диссертация посвящена вопросам оптимизации медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов вследствие гипертонической болезни. Установлено, что в структуре первичной инвалидности вследствие гипертонической болезни в течение последних трех лет отмечается рост удельного веса лиц трудоспособного возраста. Среди впервые признанных инвалидами вследствие гипертонической болезни преобладают лица мужского пола с тяжелыми группами инвалидности (II-III группы), причиной инвалидности “общее заболевание”, неполным средним образованием, преимущественно физическим характером труда по основной специальности. Определены факторы, которые способствуют формированию инвалидности вследствие гипертонической болезни: практическое отсутствие диспансерного наблюдения данного контингента больных, не соответствие лечения и обследования больных гипертонической болезнью современным стандартам и нормативным документам, не использование продолжения лечения по листку нетрудоспособности больных гипертонической болезнью, отсутствие адекватных программ реабилитации инвалидов данного контингента. Доказано, что при гипертонической болезни наблюдаются нарушения следующих видов жизнедеятельности: способности к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, трудовой деятельности и обучению. Разработаны основные принципы медико-социальной экспертизы и принятия экспертного решения при освидетельствовании больных гипертонической болезнью, которые представляют собой комплексную оценку состояния больного, определения категорий и степени ограничения жизнедеятельности, выявления социальной недостаточности и критериев той или иной группы инвалидности. Установлено, что при формировании базовых программ реабилитации для инвалидов вследствие гипертонической болезни приоритетными должны быть мероприятия по стабилизации заболевания и его контроля, которые направлены на восстановление таких категорий жизнедеятельности, как самообслуживание, самостоятельное передвижение, трудовая деятельность и обучение. Разработанные принципы медико-социальной экспертизы и формирования базовых программ реабилитации инвалидов вследствие гипертонической болезни дают возможность использовать в практической деятельности учреждений здравоохранения алгоритм принятия экспертного решения и формирования индивидуальных программ реабилитации с учетом течения заболевания, функциональных нарушений, профессионального и социального статуса инвалида вследствие гипертонической болезни. Установлена эффективность

внедрения результатов исследования в практическую деятельность учреждений медико-социальной экспертизы за счет повышения качества оказания медико-социальной и реабилитационной помощи больным гипертонической болезни, снижения первичной инвалидности и роста показателей реабилитации инвалидов вследствие гипертонической болезни, социального эффекта.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, инвалидность, медико-социальная экспертиза, реабилитация.

SUMMARY

Khanyukova I.Y. Medico-social rehabilitation of the disabled due to hypertension.- Manuscript.

Dissertation to obtain a candidate`s degree in medicine on speciality 14.01.11 – cardiology.- Zaporizky state medical university Ministry of Public Health of Ukraine, Zaporizhzhya, 2005.

Dissertation is devoted to the questions of optimization of medico-social expertise and rehabilitation of the disabled due to hypertension. The main factors and objective findings which cause a primary disability due to hypertension are revealed, the peculiarities of this cohort of the disabled are defined. It is proved that in hypertension the disorders of the following kinds of vital activity as: ability to self-service, independent movement, labour activity and studies are observed.

The worked out main principles of medico-social expertise and making an expert decision in hypertension present a complex evaluation of a patient`s state, defining of categories and stage of his/her vital activity limitation, revealing of social inadequacy and criteria of one or another disability group.

It was determined that in compiling of basic programs of rehabilitation of disabled due to hypertension the means of patients` stabilization and its control, which are directed at renewal of such categories of vital activity as self-service, independent movement, labour activity and studies are of prime importance.

The worked out principles of medico-social expertise and formation of basic programs of rehabilitation of the disabled give possibilities to use algorithm of taking expert decisions and formation of variants of individual programs of rehabilitation taking into account the course of the diseases, functional disorders, professional, social-environmental status of a disabled due to hypertension into the practical activity of public health organs.

The efficacy of implementation of the research results into practical activity of the establishments of medico-social expertise at the expense of decrease of primary disability and growth of findings of rehabilitation of the disabled due to hypertension, social effect is defined.

Key words: *hypertension, disability, medico-social expertise, rehabilitation.*

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ГХ	гіпертонічна хвороба
АГ	артеріальна гіпертензія
АТ	артеріальний тиск
МСЕК	медико-соціальна експертна комісія
САТ	систолічний артеріальний тиск
ДАТ	діастолічний артеріальний тиск
ЕКГ	електрокардіографія
ЕхоКГ	ехокардіографія
ЧСС	число серцевих скорочень
ММЛШ	маса міокарда лівого шлуночка
ІММЛШ	індекс маси міокарда лівого шлуночка
ТМЗСд	товщина міокарда задньої стінки під час діастолі
РЕГ	реоенцефалографія
РВГ	реовазографія
Хс	загальний холестерин

Підписано до друку 05.03. 2005р. Формат 60× 90 1/16. Папір офсетний.
Друк плоский. Ум. друк.арк. 1,0. Тираж 100 прим. Замовлення №397

Друкарня ДНУ.49050, м. Дніпропетровськ, вул. Наукова,5
Тел. (0562) 46-82-85