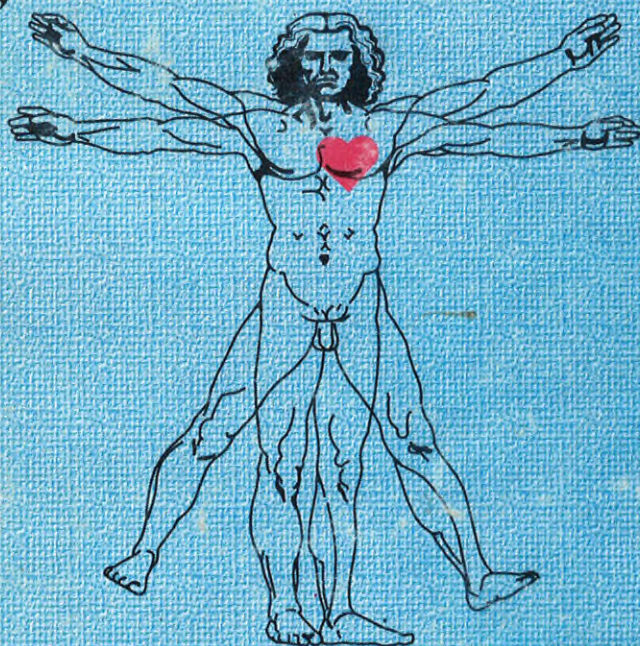


616-05
САІ

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ НДІ
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ ІНВАЛІДНОСТІ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ УКР ДЕРЖ НДІ МСШІ 2002



СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ
ЕКСПЕРТИЗИ І РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ТА
ІНВАЛІДІВ ВНАСЛІДОК СЕРЦЕВО-СУДИННИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ

ОКД
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ НДІ
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ ІНВАЛІДНОСТІ

В16-03
С91

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИКО-
СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ
І РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ
ТА ІНВАЛІДІВ ВНАСЛІДОК
СЕРЦЕВО-СУДИННИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ УКРАЇНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО
НАУКОВО-ДОСЛІДНОГО ІНСТИТУТУ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ
ПРОБЛЕМ ІНВАЛІДНОСТІ

Збірник наукових праць

Дніпропетровськ
«Пороги»
2002

УДК 616-038.82/865:362.6.091.616.1-036.86

За редакцією д.м.н., професора В.Ф.Москаленка,
д.м.н. Ю.В. Поляченка

Затверджено до друку рішенням ученої ради Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності (протокол №9 від 06.08.2002 р.)

У збірнику подані матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої проблемам медико-соціальної експертизи, реабілітації хворих та інвалідів внаслідок захворювань серцево-судинної системи. Актуальність тематики конференції обумовлена тим, що патологія серцево-судинної системи протягом багатьох років є основною причиною захворюваності, інвалідності та смертності населення в більшості країн світу, у тому числі і в Україні.

У збірнику висвітлені питання розповсюдженості та структури захворюваності та інвалідності, клініко-функціональної діагностики, сучасного лікування, медико-соціальної експертизи, реабілітації хворих та інвалідів внаслідок серцево-судинних захворювань, розглянуті аспекти первинної, вторинної та третинної профілактики. Особливу увагу приділено вирішенню проблем, що стосуються ішемічної хвороби серця, цереброваскулярних захворювань та гіпертонічної хвороби.

Розраховано на широке коло науковців та лікарів-кардіологів, терапевтів, невропатологів, хірургів, експертів та реабілітологів.

Редакційна колегія:

А.В.Іпатов (відповідальний редактор), О.В.Сергієні, С.А.Безбородько
(заст.відповідального редактора), Ю.І.Коробкін, О.А.Лихолат, З.М.Некпеса (відповідальний секретар).

517747

Рецензент: академік АМН України, заслужений діяч науки
і техніки України, д.м.н., професор Г.В.Дзяк

Генеральний спонсор конференції – Представництво «Ріхтер Гедеон Rt» в Україні

БІБЛІОТЕКА
Дніпропетровської
державної медичної академії

реабилитации инвалидов с учетом современных требований и социально-экономических условий в обществе.

SUMMARY

In the article it have been elucidated the main results of priority scientific investigations which were finished in Ukr.St.Inst.MSPD in 1999–2001, and their inculcation in practice of service of medical and social examination assistance to Ukrainian population. The perspective directions are detected in scientific providing service of medical and social examination and rehabilitation of invalids, accounting modern requirements and social-economical conditions in the society.

УДК 616.12-07:616-036.86

А.В. Ипатов, Е.В. Сергиени, Е.А. Лихолат, З.М. Неклеса, С.П. Демкова,
З.Д. Ближенская, Е.Г. Шрамко

Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ, РЕАБИЛИТАЦИИ, СОЦИАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

На основе анализа достижений в лечении сердечно-сосудистых заболеваний сделан вывод, что в условиях существующего развития общеобразовательных профилактических программ, тенденции раннего начала соответствующей психологической и социально-трудовой реабилитации возможно улучшение качества жизни больных с сердечно-сосудистой патологией, прогноза их заболевания и, как следствие, снижение выхода на инвалидность

Болезни системы кровообращения (БСК) являются основной патологией, приводящей к инвалидности. На протяжении последних двух десятилетий они занимают первое ранговое место среди причин инвалидности в Украине. В структуре первичной инвалидности взрослого населения болезни системы кровообращения составляют в среднем около трети – 32,2%. Удельный вес этой патологии в первичной инвалидности работающих равен 25,0%. С 1989 г. комплекс экономических, экологических, общественно-политических, демографических причин вызвал интенсивный рост первичной инвалидности вследствие БСК в среднем на 19,8% в год. Уровень первичной инвалидности и его динамика в отдельных областях обусловлены двумя факторами – обращаемостью в МСЭК лиц пенсионного возраста и инвалидностью в связи с аварией на Чернобыльской АЭС. В областях, загрязненных радионуклидами вследствие аварии на ЧАЭС, а также там, где проживает значительное количество участников ликвидации последствий аварии (ЛПА), высокие

уровни инвалидности вследствие БСК обусловлены заболеваниями, патогномичными для влияния вредных факторов аварии. Вегетативно-сосудистая дистония, преимущественно по гипертоническому типу, наблюдавшаяся почти у всех ЛПА и ставшая в 70% случаев причиной инвалидности в первые пять лет после аварии, привела со временем к гипертонической болезни и ишемической болезни сердца. Последние вызвали рост инвалидности ЛПА и пострадавшего населения вследствие БСК, которые вышли на первое место в структуре инвалидности среди черновыльского контингента – 41,6% [1,2].

Большую часть первичной инвалидности вследствие болезни системы кровообращения составляет инвалидность вследствие цереброваскулярной патологии, ИБС, гипертонической болезни, следующие ранговые места занимают хронические ревматические болезни. В начале 90-х годов отмечался рост инвалидности вследствие ИБС, цереброваскулярной патологии и гипертонической болезни, рост определения инвалидности вследствие данных нозологических форм в трудоспособном возрасте и утяжеление групп инвалидности. Уровень первичной инвалидности вследствие хронических ревматических болезней имеет неустойчивую тенденцию к снижению, однако в данной группе наиболее высок уровень больных, ставших инвалидами в трудоспособном возрасте. Среди инвалидов вследствие ИБС удельный вес лиц молодого и трудоспособного возраста меньше, чем пациентов пожилого возраста, однако инвалидность в этом возрасте означает потерю трудового потенциала, что идет к увеличению количества инвалидов с вытекающими из этого медицинскими и социальными проблемами [1,4]. В работе В.В. Марунича, Е.В.Сергиени и соавторов [3], которая посвящена проблеме оптимизации медико-экспертной и реабилитационной помощи больным и инвалидам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, подчеркивается необходимость разработки индивидуальных программ реабилитации для этого контингента больных.

Анализ литературных данных показывает, что важнейшие достижения в кардиологии за последние годы касаются 3 основных групп заболеваний, для которых характерны самые разные показатели смертности, инвалидности и стоимости лечения: острая коронарная патология – основная причина смерти; хронические формы ишемической болезни сердца (ИБС) все чаще оказываются причиной госпитализации, в основном вследствие старения населения и повышения выживаемости после ИМ.

Среди множества ССЗ традиционно выделяют группу болезней, называемых функциональными. Этот термин обычно используют применительно к пациентам молодого, а также среднего возраста, предъявляющих большое количество разнообразных жалоб (боли в области сердца различного характера и локализации, перебои в работе сердца, снижение толерантности к физической нагрузке и др.) на сердечно-сосудистую систему, но вместе с тем при физическом и при рутинных лабораторно-инструментальных исследованиях этих больных, каких-либо выраженных

патологических изменений выявить не удается. Исследования последних лет дали возможность обнаружить достаточно обширные сдвиги как регуляторных систем и изменений миокарда при пограничной гипертонии, так и микроморфологические изменения в проводящей системе сердца при, казалось бы, совершенно "невинных" и отнюдь не опасных для жизни нарушениях ритма сердца (традиционно рассматриваемых как идиопатические, функциональные или неврогенные) [5].

В последние годы появляется все больше данных о низкой эффективности мероприятий по первичной профилактике хронических неинфекционных заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), несмотря на осуществление программ по многофакторной профилактике. Например, проблема мозговых инсультов (МИ) "находится" между терапевтической и неврологической службами, поэтому в поликлиниках ее не существует, хотя отмечается значительное увеличение заболеваемости цереброваскулярной патологией и гипертонической болезнью (ГБ). Выявлены четкие региональные различия в структуре заболеваемости и смертности при ССЗ, которые определяют приоритетность профилактических мероприятий на уровне региона и области. Прогнозирование сосудистых осложнений у больных ГБ является перспективной формой организации профилактики МИ у больных ГБ. Повышение эффективности первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний может быть обусловлено установлением закономерностей между биогеохимическими факторами окружающей среды и заболеваемостью, в том числе и ССЗ [6].

Принято считать, что профилактика сердечно-сосудистых заболеваний должна начинаться в детском и юношеском возрасте. По многим причинам в этом возрасте предпочтительна стратегия высокого риска, которая предполагает применение активных профилактических вмешательств не во всей популяции, а у лиц, которым в наибольшей степени угрожает возникновение сердечно-сосудистых заболеваний, в частности, ишемической болезни сердца (ИБС). Результаты исследований свидетельствуют о том, что наличие преждевременной ИБС у одного из родителей - важнейший фактор риска коронарной болезни сердца у детей. Поэтому этих детей рекомендуется регулярно обследовать, чтобы своевременно выявить модифицируемые коронарные факторы риска [7].

Факторами риска, повышающими смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), являются гипертония, гиперхолестеринемия, курение, ожирение и сидячий образ жизни. Рекомендованы целенаправленные алгоритмы реализации программ, направленных на снижение агрессивности этих факторов, которые должны разрабатываться применительно к местным условиям, после конкретного согласования намеренных мероприятий с местной администрацией и общественностью, с соблюдением очередности мероприятий и с постоянным контролем за ходом их выполнения. Сложность и взаимосвязанность факторов риска ССЗ требуют коренного изменения образа

жизни населения, для этого необходимы соответствующие коррективы в охране окружающей среды и в стереотипах поведения каждого человека [8].

В настоящее время большое внимание уделяется лечению сердечно-сосудистых заболеваний немедикаментозными методами, наиболее распространенными среди которых является диета, физические тренировки и психологическое вмешательство. Использование последнего для лечения больных, особенно на начальной стадии, позволяет улучшить прогноз заболевания, значительно уменьшить возможность его прогрессирования и развития осложнений. Вместе с тем, длительное использование фармакотерапии сопровождается возникновением побочных действий, которые снижают качество жизни (КЖ) больных.

В оздоровительные программы должны включаться настоятельные рекомендации снижения избыточного веса с обязательным уменьшением содержания в рационе насыщенных жирных кислот, борьба с курением, уменьшение содержания в пище поваренной соли, обязательное включение в распорядок дня достаточной физической активности. Именно достаточной, т.к. тяжелая физическая нагрузка у лиц, ведущих в основном сидячий образ жизни, может служить фактором, способствующим развитию инфаркта миокарда (ИМ). Однако физические тренировки могут свести до минимума роль внезапной нагрузки как фактора риска.

Активная гипохолестеринемическая терапия в значительной степени (на 22%) снижала общую частоту повторных смертельных и несмертельных ИМ. В недавно проведенном исследовании частота основных осложнений ИБС у получавших гипохолестеринемический препарат симвастатин оказалась на 70% ниже, чем у тех, кому проводили традиционное лечение [9].

Слишком высокий уровень железа в крови способствует образованию свободных радикалов, которые могут повреждать клетки, выстилающие стенки кровеносных сосудов, и оказывать вредное воздействие на сердечную мышцу. Свободные радикалы также способствуют образованию опасного вида холестерина – окисленного липопротеида низкой плотности (ЛНП). Ученые считают, что окисленный ЛНП сильнее, чем неокисленный ЛНП, прилипает к стенкам артерий и стимулирует образование жировых бляшек, которые могут закупоривать артерии и вызывать сердечные приступы [10]. Применение антиоксидантов, в частности, витамина Е на протяжении примерно года приводит к существенному снижению частоты возникновения несмертельного ИМ у больных ИБС [11].

Гормональный статус может иметь большое значение, особенно при ИМ у женщин, поскольку этот фактор риска может поддаваться коррекции [12].

Имеются данные о значительном влиянии социальной изоляции на прогноз ССЗ, вне зависимости от тяжести последнего. На отдаленный прогноз могут в значительной степени влиять также эмоциональное состояние больного и деятельность системы социальной поддержки [13]. Данные о 5-кратном увеличении смертности среди больных с депрессивным синдромом,

переживших ИМ, должны стать поворотной точкой в понимании роли психосоциальных факторов в прогнозе ССЗ.

Имеется 2 вида вмешательств – поведенческое и фармакологическое. Хотя исследования по их воздействию немногочисленны, среди первых с успехом испробованы группы поддержки и познавательная терапия, среди вторых – ингибиторы серотонина, которые имеют полинаправленность. В настоящее время необходимо развивать оба типа вмешательств как в отдельности, так и в их сочетании друг с другом.

Комплексные программы кардиологической реабилитации (8-12 недельные программы обучения после выписки из стационара) включают в себя аэробные физические упражнения и коррекцию факторов риска [14].

Важным способом улучшения отдаленного прогноза после ИМ следует считать прием таких лекарственных препаратов, которые достоверно повышают выживаемость (аспирин, β -блокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента).

Операция аортокоронарного шунтирования (АКШ) на сегодняшний день является наиболее действенным методом лечения быстро прогрессирующей и резистентной к медикаментозной терапии ИБС. Она позволяет в большинстве случаев улучшить качество жизни больных и снизить риск возникновения сосудистых катастроф [15]. Хотя, по мнению зарубежных авторов [16], при одновременном поражении сразу нескольких коронарных артерий проведение первичной ангиопластики в обычных больницах дает лучшие результаты, чем АКШ; исключение составляют больные сахарным диабетом. Вместе с тем АКШ не устраняет основных причин развития заболевания. Этими причинами продолжают оставаться так называемые факторы риска ИБС. Положительные результаты операции сохраняются долгие годы только при внесении необходимых поправок в образ жизни. Предлагается методика, направленная на модификацию поведения больных, оперированных по поводу ИБС. Основной целью данной методики является достижение сознательного и активного участия больных, перенесших АКШ, в процессе реабилитации, а также в мероприятиях по вторичной профилактике ИБС [17].

Ранее опубликованные исследования показали, что прерывистая ишемия миокарда вызывает феномен адаптации к ишемии, возникающий через небольшую промежуток времени вслед за одним или несколькими короткими эпизодами ишемии-реперфузии. Клинико-функциональное значение предпосылки исследовано недостаточно, хотя предполагается, что воспроизведение условий адаптации может использоваться в терапии больных ИБС. Весьма актуальной является разработка методик выявления феномена адаптации к ишемии у больных ИБС [18].

Одним из путей реабилитации больных ССЗ является санаторно-курортное лечение. В последние годы обосновано применение в кардиологии санаторно-курортных факторов как методов патогенетической терапии, направленной на коррекцию патофизиологических сдвигов, присущих ССЗ, а

не только как неспецифических раздражителей, улучшающих в основном адаптивные и компенсаторные возможности организма.

Инвалидизация больных ишемической болезнью сердца (ИБС) приводит к прекращению трудовой деятельности лиц трудоспособного возраста и существенно нарушает адаптацию пациентов. В результате у большинства инвалидов вследствие ИБС выявляются нарушения психологического статуса, выраженное снижение качества жизни, изменение интересов, что препятствует реабилитации этих больных. Как было показано на примере больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), психологическая реабилитация позволяет решать многие проблемы, является наиболее эффективным методом коррекции неадекватных установок пациентов, повышения их мотивации к выполнению врачебных рекомендаций и изменению образа жизни. Однако ИМ – это острое заболевание, после которого пациенты чаще всего возвращаются к труду и у них еще не успевает сформироваться психология "хронически больного человека", у инвалидов же, больных хронической ИБС, напротив, имеется длительное заболевание, приведшее к инвалидизации, что существенным образом сказывается на самооценке пациента, приводит к «уходу в болезнь» и психологическим изменениям.

В связи с этим была разработана методика комплексной психологической реабилитации инвалидов вследствие ИБС. Комплексная психологическая реабилитация, включающая в себя методику «Школа для инвалидов, больных ИБС», психорелаксационную терапию и фармакологическую коррекцию клинически значимых психопатологических расстройств, способствует нормализации психологического статуса больных, улучшению межличностных отношений, уменьшению выраженности внутриличностных конфликтов, а также приводит к повышению физической работоспособности пациентов. Все это способствует повышению качества жизни инвалидов вследствие ИБС, улучшению их психологической адаптации и возобновлению трудовой деятельности.

В работе, выполненной в УкрГосНИИ МСПИ, впервые в Украине предложена усовершенствованная комплексная поэтапная, индивидуальная реабилитационная программа для больных ИБС с учетом прогноза жизнедеятельности, которая отвечает современным требованиям и включает все ее виды. Вместе с тем, для каждого типа прогноза жизнедеятельности больных определен индивидуальный комплекс реабилитационных мероприятий, использование и внедрение которого в практику МСЭК позволит сохранить материальные и трудовые ресурсы страны [19].

Применение психорелаксационной терапии с биологически обратной связью в изолированном виде также способствует улучшению психологического статуса больных и некоторому повышению физической работоспособности, однако положительный эффект вмешательства, достаточно выраженный к концу основного курса, в течение года наблюдения уменьшается. Отсутствие же психокоррекции в контрольной группе приводит к усилению тревожно-депрессивных и ипохондрических расстройств, что

является одной из причин дальнейшего снижения физической работоспособности, повышения межличностной и внутриличностной конфликтности и дезадаптации инвалидов [20].

Состояние здоровья населения находится в тесной корреляционной связи с состоянием экономического обеспечения как области охраны здоровья, так и непосредственно населения, с чем связано значительное снижение уровня здоровья населения Украины в период переходной экономики. Таким образом, процесс реабилитации должен в значительной степени сместиться в социальную сферу, на которую влияют различные отрасли государственного управления и их эффективная деятельность возможна только при образовании межотраслевых механизмов с привлечением всех заинтересованных в этих процессах групп, включая негосударственные, общественные организации [21].

В соответствии с законом «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» разрабатываются программы и мероприятия по вопросам медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов, организации их реабилитации. Комплексной программой решения проблем инвалидности в Украине предусмотрена организация областных центров реабилитации инвалидов. По данным МСЭК, более необходимыми являются центры для лечения инвалидов III группы с заболеваниями кровообращения, особенно вследствие хронических ревматических заболеваний сердца, цереброваскулярных заболеваний, заболеваний артерий, артериол и вен [1,2]. Необходимо развивать новые организационные формы реабилитационной помощи и методы их финансового обеспечения. Поэтому Д.М. Аронов (1998) [22], достаточно подробно представляя методы физической реабилитации, рекомендует создание реабилитационных центров на коммерческих и комбинированных условиях.

На основании многолетнего опыта по изучению проблемы социально-трудовой реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями и данных литературы разработаны положения, которые должны быть учтены при решении вопросов медико-социальной реабилитации:

Трудоустройство должно быть рациональным. Это, по определению Комитета ВОЗ, означает, что профессия должна отвечать следующим требованиям: 1) не усугублять тяжести общего состояния больного вследствие отрицательного влияния слишком высоких или чрезмерно низких физических нагрузок; 2) способствовать наибольшим проявлениям способностей больного; 3) обеспечить больному максимальное удовлетворение, соответствующее вознаграждение и, если возможно, прочное служебное положение и продвижение по службе.

Индивидуальную реабилитационную программу инвалида необходимо составлять с учетом не только медицинских факторов (тяжесть течения, характер инфаркта миокарда, степень выраженности коронарной недостаточности, стадия нарушения общего кровообращения, сопутствующие заболевания), но и с учетом возрастных и социальных данных (образование,

характер трудовой деятельности, наличие неблагоприятных профессиональных факторов, отдаленность места работы от места проживания и т.д.).

При определении состояния жизнедеятельности и путей социально-трудовой реабилитации наряду с клиническими методами исследования необходимо применять современные функциональные исследования, объективно характеризующие состояние сердечно-сосудистой и других систем, определяющих степень компенсации и адаптации. При трудоустройстве необходимо учитывать сопутствующие заболевания (наличие гипертонической болезни, церебрального атеросклероза, сахарного диабета и других заболеваний).

Всем больным ССЗ противопоказана работа, связанная со значительным постоянным физическим напряжением, с длительной ходьбой, в контакте с сосудистыми ядами, в неблагоприятных метеорологических условиях, в ночное время, работа, связанная с обслуживанием действующих электротехнических установок, работа с потенциальной опасностью для окружающих в случае внезапного прекращения работы (водительские профессии – шофер, летчик, диспетчер железной дороги, аэропорта, машинист башенного крана и др.), работа на высоте и в экстремальных условиях. Таких больных следует ограждать от дополнительных нагрузок, командировок, работ в ночную смену [19].

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что профилактика и адекватное лечение больных ССЗ может оказать существенное влияние на снижение уровня инвалидности в данном классе заболеваний. В условиях существующего развития общеобразовательных профилактических программ, направленных на снижение влияния факторов риска, тенденции раннего начала терапии с применением модифицирующих болезнь препаратов, соответствующей психологической и социально-трудовой реабилитации возможно улучшение качества жизни больных с сердечно-сосудистой патологией, прогноза их заболевания и, как следствие, снижение выхода на инвалидность.

Литература:

1. Сергиєни Е.В. Мониторинг інвалідності внаслідок захворювань системи кровообігу в Україні // Український кардіологічний журнал. – 1997. – № 5. – С.84-87.
2. Сергієні О.В. Актуальні проблеми реабілітації інвалідів внаслідок захворювань системи кровообігу в Україні // Український кардіологічний журнал. – 1997. – № 3/96 (додаток). – С.250.
3. Проблеми оптимізації медико-експертної та реабілітаційної допомоги хворим та інвалідам з захворюваннями серцево-судинної системи / В.В.Маруніч, О.В.Сергієні, Т.Г.Войтчак, О.Ф.Башмаков // Українська науково-практична конференція кардіологів і кардіохірургів з міжнародною участю “Нові напрямки профілактики, діагностики та лікування серцево-судинних захворювань”: Тез.наук.доп.– К., 1999.– С.257-259.

4. Куценко Г.И., Шагарова С.В. Особенности уровня первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения среди населения Республики Башкортостан // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2001. – № 3. – С. 40-42.
5. Назаренко В.Р. Некоторые аспекты совершенствования профилактики сердечно-сосудистых заболеваний // Врачебное дело. – 1997. – № 3. – С. 141-144.
6. Маколкин В.И. Возможно ли использование термина “функциональные болезни сердца” // Терап. архив. – 1998. – № 8. – С.5-7.
7. National Cholesterol Education Program : Report of the Expert Panel on. Blood Cholesterol Levels in Children and Adolescents. NIH Publications, 1991, 91: 2732.
8. Goldman L., The value of cardiology // N. Engl. J. Med. 1996.- Vol.335, N 25.- P.1918-1919.
9. Забина Е.Ю., Мурахов О.И. Влияние физической активности на здоровье : обзор научных исследований // Профилактика заболеваний и укрепл. здоровья. – 1998. – № 4. – С.7-13.
10. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heartdisease : the Scandinavian Simvastation Survival Study. Lancet 1994, 344 : 1383-9.
11. O'Connor G.T. et al. An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. Circulation, 1989, 80 : 234-44.
12. Излишек железа в организме и болезни сердца // БИНТИ. – 1992. – №47. – С.14-15.
13. Grady D. et al. Hormone the rapy to prevent disease and prolong life in postmenopausal women. Ann Intern Med. 1992, 117 : 1016-37.
14. Williams R.B. et al. Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease. JAMA, 1992, 267 : 520-4.
15. Чернов С.А. Сравнительная эффективность консервативного и хирургического методов лечения больных ИБС при длительном проспективном наблюдении // Клиническая медицина. – 2001. – № 11. – С.29-32.
16. Новое в кардиологии / Дж. С. Альперт, Г.Р.Хорн // Межд. журнал мед. практики. – 1998. – № 6. – С.41-46.
17. Погосова Т.В. Школа для больных, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования // Кардиология. – 1998. – № 11. – Т.38. – С.81-90.
18. Кузнецов В.А., Тодосинчук В.В. Оценка феномена адаптации к ишемии методом суточного мониторирования ЭКГ // Кардиология. – 1998. – № 9. – С.4-6.
19. Звіт про науково-дослідну роботу «Удосконалити систему медико-соціальної реабілітації хворих та інвалідів з різними формами ішемічної хвороби серця для практичного використання МСЕК України (заключний) ВН 69.ІН.11, № держреєстрації 0198U002464, 2000 р.– 129с.

20. Абдуллаева Т.И. Психологическая реабилитация инвалидов, больных ишемической болезнью сердца // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2001. – № 3. – С.13-16.
21. Солоненко І.М., Жаліло Л.І. Можливість управління факторами ризику серцево-судинних захворювань у перехідному економічному періоді // Матеріали УІ Конгресу кардіологів України. – 2000. – С.237.
22. Аронов Д.М. Постстационарная реабилитация больных с основными сердечно-сосудистыми заболеваниями на современном этапе // Кардиология. – 1998. – № 8. – С.69-80.

РЕЗЮМЕ

На основі аналізу досягнень у лікуванні серцево-судинних захворювань зроблений висновок, що в умовах існуючого розвитку загальноосвітніх профілактичних програм, тенденції раннього початку відповідної психологічної та соціально-трудової реабілітації можливе покращення якості життя хворих з серцево-судинною патологією, прогнозу їх захворювання та, як наслідок, зниження виходу на інвалідність.

SUMMARY

Having analyzed achievement in treatment cardiological illness in condition of modern development of public education prophylactic program, tendency of early start of the psychological and social-working improvement of life quality of the patients with heart-vessel pathology, their disease prognosis and followed decreasing disability is possible.

УДК 616-036.86: 616.1

В.Б. Смычек, Т.Т. Копать, А.В. Копыток

Государственное учреждение "Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации", г. Минск

СТРУКТУРА И ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ВСЛЕДСТВИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В нозологической структуре первичной инвалидности взрослого населения (старше 18 лет) Республики Беларусь сердечно-сосудистые заболевания занимают стабильно первое место. Удельный вес данных заболеваний в структуре первичной инвалидности взрослого населения в 1999-2001 гг. колебался от 40,3% в 1999 году до 45,2% в 2001 году, среди лиц трудоспособного возраста (18-59(54) лет) соответственно от 25,2% до 27,8%. Среди сердечно-сосудистых заболеваний в структуре первичной инвалидности превалировала ишемическая болезнь сердца (среднегодовой показатель – 49,65%), далее цереброваскулярные болезни (среднегодовой

Розділ I. ПРОФІЛАКТИКА ІНВАЛІДНОСТІ, МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ЕКСПЕРТИЗА ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ІНВАЛІДІВ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

1. *Марунич В.В., Іпатов А.В., Сергієні О.В., Бобров В.О., Войтчак Т.Г.* Медико-соціальні проблеми інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу в Україні наприкінці ХХ - початку ХХІ століття 3
2. *Коваленко В.М., Іпатов А.В., Сергієні О.В., Безбородько С.А., Ханюкова І.Я.* Медико-експертна та реабілітаційна допомога хворим кардіологічного профілю в Україні: реальність і перспективи 14
3. *Марунич В.В., Іпатов А.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г., Ананьєва Т.В., Коробкін Ю.І.* Впровадження досягнень УкрДержНДІ МСПІ і перспективні напрямки наукового забезпечення практичної служби медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів 18
4. *Іпатов А.В., Сергиєни Е.В., Лихолат Е.А., Неклеса З.М., Демкова С.П., Ближенская З.Д., Шрамко Е.Г.* Актуальные проблемы диагностики, реабилитации, социальной интеграции больных и инвалидов с сердечно-сосудистыми заболеваниями 26
5. *Смычек В.Б., Копать Т.Т., Копыток А.В.* Структура и динамика первичной инвалидности населения Республики Беларусь вследствие сердечно-сосудистых заболеваний 35
6. *Грузєва Т.С., Кульчицька Т.К., Пономаренко С.Д., Іншакова Г.В., Кульчицька Н.О.* Особливості захворюваності на серцево-судинні хвороби та пов'язаної з ними інвалідності – основа медико-соціальних заходів 41
7. *Пеклина Г.П., Бабов К.Д., Пеклина С.Б.* Вопросы клинической фармакологии в реабилитации больных сердечно-сосудистой патологией 46
8. *Дзяк Г.В., Коваль Е.А., Каплан П.А., Ткаченко Н.И.* Целесообразность и подходы к коррекции гипергомоцистеинемии у больных с атеротромбозом и острыми коронарными синдромами 54
9. *Лутай М.И., Лысенко А.Ф.* Антиангинальная эффективность препарата НОРМОДИПИН (амлодипин) у больных стабильной стенокардией 59
10. *Хомазюк Т. А., Гораč Н. В., Колчинська Ю.І.* Медико-соціальні проблеми у жінок у передменопаузі, оптимізація програм медичної та психологічної реабілітації. 60
11. *Ханюкова І.Я.* Соціально-гігієнічна характеристика інвалідності внаслідок гіпертонічної хвороби в Україні 66

12. **Беляева Н.Н., Латанюк С.О., Яворовенко О.Б., Семенюк Н.А., Алксссенко Н.Я., Терентьева Н.Н.** Комплексна оцінка стану серцево-судинної системи при ІХС та гіпертонічній хворобі у осіб, що постраждали від аварії на ЧАЕС 72
13. **Жарінов О.Й.** Місце блокади рецепторів альдостерону у лікуванні серцевої недостатності з позицій доказової медицини 79
14. **Дзяк Г.В., Колесник Т.В.** Антигіпертензивная ефективність інгібітора ангиотензинпревращающего фермента лизиноприла по данным суточного мониторирования артериального давления 84
15. **Колесник Т.В.** Влияние диуретона на суточный профиль и вариабельность артериального давления у больных артериальной гипертензией 92
16. **Перцева Т.А., Черкасова О.Г., Тищенко И.В., Цыганкова Н.М.** Эффективность применения АМЛОДИПИНА (НОРМОДИПИНА) у больных со стенокардией напряжения 99
17. **Чухриенко Н.Д., Козлова О.Е., Полухович И.А.** Сравнительный анализ эффективности комбинированной терапии артериальной гипертензии с включением антагониста кальция III поколения «амло» 104
18. **Смычек В.Б., Копать Т.Т., Казакевич Д.С.** К вопросу о трудоспособности больных ИБС после реваскуляризации миокарда 110
19. **Безбородько С.А., Днепровы О.А., Ханюкова И.Я., Бирец Н.М., Санина И.В., Волкова Т.Н., Клеваник В.А., Ревда О.А., Мингалев В.А.** Опыт применения лизиноприла в реабилитационном лечении инвалидов, страдающих гипертонической болезнью 114
20. **Коваль Е.А., Адамский В.С.** Безопасность и эффективность применения блокатора β-адренорецепторов НЕБИЛЕТА (НЕБИВОЛОЛА) у больных с Q-инфарктом миокарда, имеющих относительные противопоказания к применению препаратов этой группы 119
21. **Дядык А.И., Багрий А.Э., Самойлова О.В., Цыба И.Н., Шукина Е.В., Приколота О.А.** Ремоделирование левого желудочка у постинфарктных больных: перспективы применения диуретона и верошпирона 124
22. **Бобров В.А., Волченко Г.В.** Структура и динамика качества жизни пациентов с тяжелой сердечной недостаточностью на фоне терапии метопрололом 125
23. **Посный В.Ф., Киселева Л.В.** Первичная инвалидность от сердечно-сосудистых заболеваний в сельском хозяйстве: причины, мероприятия по снижению 130
24. **Малый Н.Ю.** Состояние жизнедеятельности ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, страдающих раком желудка в сочетании с гипертонической болезнью 133
25. **Курдаченко О.Л.** Анализ причин экспертных ошибок, допускаемых при освидетельствовании больных атеросклерозом артерий нижних конечностей в медико-социальных экспертных комиссиях 136

26. **Коробкин Ю.И., Лихолат Е.А., Ближенская З.Д., Демкова С.П., Неклеса З.М., Шрамко Е.Г.** Современные подходы к диагностике и лечению сердечной недостаточности (обзор литературы) 141
27. **Черненко Н.И., Шутова Т.М., Харченко О.А., Казакевич Л.И.** Вопросы инвалидности больных молодого и зрелого возрастов (до 45 лет), страдающих цереброваскулярными заболеваниями 149
28. **Глинская Т.Н., Бузенкова Т.Н., Бокач А.М.** Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у детей-инвалидов неврологического профиля 154
29. **Сторожук Л.О., Дрозденко Е.М., Яворовенко О.Б., Островський І.Я.** Стан серцево-судинної системи та периферійного кровообігу у інвалідів з дитинства внаслідок дитячого церебрального паралічу 159
30. **Кисельов Б.Ю.** Стан периферійного кровообігу у хворих на ішемічну хворобу серця 163
31. **Дорофеев В.И., Сеидова Г.Б., Попов С.Е.** Возможности восстановительного лечения больных с имплантированными электрокардиостимуляторами 168
32. **Дзяк Г.В., Симонова Т.А., Гетман М.Г., Боброва Е.А.** Пелоидотерапия в реабилитации больных ревматоидным артритом 173
33. **Турсунова Н.Т., Исанов Ю.Ю.** Влияние КВЧ-терапии на особенности внутрисердечной гемодинамики при заболеваниях органов дыхания 176
34. **Безбородько С.А., Ханюкова И.Я., Днепрова О.А., Пиндичев С.А., Омельницкая Л.В.** Применение ПАЙЛЕР-света в комплексной терапии инвалидов и больных гипертонической болезнью 180
35. **Охромий Г.В.** Психофизиологический статус предоперационного и раннего послеоперационного периода у больных, перенесших операцию на открытом сердце 184
36. **Безбородько С.А., Белинская М.К., Ханюкова И.Я., Днепрова О.А., Пиндичев С.А., Омельницкая Л.В., Клеваник В.А.** Изучение психологических особенностей больных гипертонической болезнью 188
37. **Эшиев Т.У., Унгдаев Б.Т., Нуриллаев Д.Я., Шаропов З.К.** Принципы протезирования и медико-социальной реабилитации инвалидов с ампутационными культями нижних конечностей вследствие сосудистых заболеваний 190
38. **Чепуров Д.В., Тиллаев С.Р., Унгдаев Т.Э., Унгдаев Б.Т.** Реабилитация при ампутации нижних конечностей вследствие сосудистых заболеваний 193
39. **Добромирова Е.В., Зобнина Т.Е., Потапова С.Н.** Проблемы инвалидности и реабилитации больных, перенесших оперативные вмешательства на магистральных сосудах головы 196
40. **Торонченко О.Н., Торонченко П.А.** Периодическая нормобарическая гипоксия как один из методов лечения и профилактики инвалидности у больных ИБС с сопутствующей гипертонической болезнью 200
41. **Мирная Е.В., Ладария Е.Г., Валуцина В.М., Волошина Л.Т., Молжанинова Н.Е., Симонова Е.И.** Реабилитация горнорабочих с синдромом отдаленных последствий промышленных интоксикаций 205

42. **Локшин С.Л., Правосудович С.А., Бондаренко О.Б.** Мерцательная аритмия: настоящее и будущее 208
43. **Забашный С.И., Гармиш О.С., Бирюков В.В., Овчинникова Л.Ю.** Особенности анестезиологического ведения больных с постинфарктным кардиосклерозом 212
44. **Дюбанов С.М., Усатова В.М., Выприцкая И.Л.** Некоторые аспекты реабилитации больных и инвалидов вследствие ишемической болезни сердца 215
45. **Чумаченко М.Н., Попова Л.В.** Площадь митрального отверстия как один из критериев медико-социальной экспертизы при ревматическом митральном стенозе 220
46. **Власюк В.В., Вільчинська С.А., Мельничук Л.П., Бланар О.Л.** Ефективність реабілітаційних заходів серед інвалідів із захворюваннями серцево-судинної системи 222
47. **Сулєєва Л.К., Паніна С.С., Васильєва Т.Л.** Вплив стану кардіо-респіраторної системи на показники якості життя хворих на хронічний обструктивний бронхіт 225
48. **Паніна С.С., Лихолат О.А., Гондуленко Н.О., Поріц С.Л.** Метаболічні особливості виникнення серцевої недостатності при розвитку легеневого серця у хворих та інвалідів внаслідок бронхіальної астми 230
49. **Андрухова Р.В., Пащенко Е.А.** Велоэргометрия как один из показателей состояния сердечно-сосудистой системы у инвалидов с культями нижних конечностей вследствие сосудистых заболеваний 235
50. **Яворовенко О.Б.** Особливості вегетативної нервової системи та її вплив на серцево-судинну діяльність у хворих з наслідками травм нижніх кінцівок 239
51. **Лапин В.В.** Выявление ортостатической гипотонии у лиц пожилого возраста 244
52. **Харченко О.А., Татьянаенко А.В.** Алгоритм функционально-диагностического обследования больных гипертонической болезнью в практике медико-социальной экспертизы 247
53. **Реуков А.С., Лапин В.В., Долгодворова К.Ф.** Эхокардиографическое исследование и его значение в определении реабилитационного потенциала и прогноза 252
54. **Харченко О.А., Романенко С.В., Татьянаенко А.В., Волоскова О.Е.** Суточное мониторирование электрокардиограммы и артериального давления в практике медико-социальной экспертизы 257
55. **Лоизнов С.В., Кузьменко Е.Я., Мрук М.П.** Роль двумерной эхокардиографии в оценке эффективности реабилитационных мероприятий у больных, перенесших острый инфаркт миокарда 261
56. **Реуков А.С., Мужиков В.Г.** Акупунктурная диагностика и методы рефлексотерапии при синдроме слабости синусового узла 264
57. **Безбородько С.А., Лихолат О.А., Хижняк Г.О., Григорьев Г.И., Козак А.И., Зеркаль Л.В.** Зміни біохімічного гомеостазу у хворих на ішемічну хворобу серця 268

72. **Дорогань С.Д., Бойко І.В., Макаров В.Б.** Місце фізіотерапевтичних методів при проведенні медичної реабілітації хворих на коксартроз 345
73. **Біліченко Л.І.** Вплив біогальванізації і біофорезу медичних препаратів на кровопостачання кінцівок при хронічному травматичному остеомієліті 349
74. **Дорогань С.Д., Овечкин В.С., Макаров В.Б.** Медицинская реабилитация больных с артрогенными контрактурами суставов кисти 354
75. **Клименко Д.І.** Оцінка клінічної форми вестибулярної дисфункції у практиці медико-соціальної експертизи 358
76. **Алифанова Т.А.** Клинико-экспертные аспекты диабетического поражения глаз 364
- ✓ 77. **Соленый В.И., Науменко Л.Ю., Чемирисов В.В.** Нарушение функции желудочно-кишечного тракта при нейротравме 368
78. **Шантир Л.І, Борець О.О.** Особливості функціонального стану центральної нервової системи (ЦНС) у осіб, котрі працюють в умовах впливу електромагнітного поля високої напруги промислової частоти 370
79. **Аблакулов А.К., Каримов Б.К., Мадмусаева С.К.** Основные направления в медико-социальной реабилитации детей и подростков с ампутационными культями голени 374
80. **Вернигородский В.С., Думин П.В., Мошковой Е.П., Вернигородская М.В., Яворовенко О.Б., Алексеенко Н.Я.** Роль санаторно-курортного лечения в реабилитации больных сахарным диабетом 377
81. **Малишкін І.Н.** Взаємозв'язок змін статевих органів при варикоцеле 380
82. **Олейников Г.В., Усатенко И.Я., Порошина Л.Я.** Особенности забора аутопсийных тканей у доноров-трупов и их инфекционная безопасность 385

Матеріали конференції
Сучасні проблеми медико-соціальної реабілітації інвалідів
та інвалідів війсьсько-службового характеру

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю
Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності

За редакцією д.м.н., професора В.Ф.Маскаленка, д.м.н. Ю.В.Поліщенка

Українською мовою

Відповідальна за випуск *Р.О.Лазарєва*
Художній редактор *В.В.Якименко*
Технічний редактор *В.В.Якименко*
Коректор *В.М.Орищій*

Здано на складання 16.07.02. Підписано до друку 14.08.02. Формат 60x84/16.
Папір офсетний. Гарнітура літературна. Друк офсетний. Умовн.друк.арк. 22,15. Умовн.
фарб.-відб. 22,15. Обл.-видавн. арк.20,1. Тираж 275 прим. Замовлення № 2698.

Видавництво «Пороги»,
49000, м. Дніпропетровськ, пр. К.Маркса, 60
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
серія ДК № 7 від 21.02.2000

Комунальне підприємство "Нікопольська друкарня",
53219, м. Нікополь, вул. Електрометалургів, 21.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
серія ДП № 21 від 25.07.2000

С 89 Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів внаслідок серцево-судинних захворювань: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності / За редакцією В.Ф.Москаленка та Ю.В.Поляченка. – Дніпропетровськ: Пороги, 2002. – 394 с.

ISBN 966-525-315-8

У збірнику подані матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої проблемам медико-соціальної експертизи, реабілітації хворих та інвалідів внаслідок захворювань серцево-судинної системи. Актуальність тематики конференції обумовлена тим, що патологія серцево-судинної системи протягом багатьох років є основною причиною захворюваності, інвалідності та смертності населення в більшості країн світу, у тому числі і в Україні.

У збірнику висвітлені питання розповсюдженості та структури захворюваності та інвалідності, клініко-функціональної діагностики, сучасного лікування, медико-соціальної експертизи, реабілітації хворих та інвалідів внаслідок серцево-судинних захворювань, розглянуті аспекти первинної, вторинної та третинної профілактики. Особливу увагу приділено вирішенню проблем, що стосуються ішемічної хвороби серця, цереброваскулярних захворювань та гіпертонічної хвороби.

Розраховано на широке коло науковців та лікарів-кардіологів, терапевтів, невропатологів, хірургів, експертів та реабілітологів.

ББК 51.1(2)3