

6. Малов Ю. С. Адаптация и здоровье / Ю. С. Малов // Клиническая медицина. – 2001. – № 12. – С. 61–63.

7. Зайчик А. Ш. Общая патофизиология / А. Ш. Зайчик, А. П. Чурилов. – Спб.: Эли-Спб, 2001. – 624 с.

8. Автандилов Г. Г. Проблемы патогенеза и патолого-анатомической диагностики болезни в аспектах морфометрии / Г. Г. Автандилов. – М.: Медицина, 1984. – 185 с.

9. Румянцев П. П. Кардиоциты в процессе репродукции, дифференцировки и регенерации / П. П. Румянцев. – Л.: Наука, 1982. – С. 280–288.

10. Попов В. В. Тромбоэмболические осложнения после двустворчатого протезирования у больных с сочетанным митрально-аортальным пороком сердца / В. В. Попов // Украинский кардиологический журнал. – 2003. – № 1. – С. 93–95.

11. Бокерия Л. А. Итоги исследования в области сердечно-сосудистой хирургии в 2003–2004 гг. по сведениям, поступившим в научный совет по сердечно-сосудистой хирургии РАМН и МЗ РФ / Л. А. Бокерия, Р. Г. Гудкова // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2005. – № 3. – С. 4–25.

12. Морова Н. А. Динамика параметров левого желудочка после коррекции митрально-аортальных пороков сердца / Н. А. Морова, В. А. Федоров // Российский кардиологический журнал. – 2003. – № 3 (41). – С. 29–31.

13. Бокерия Л. А. Отечественная сердечно-сосудистая хирургия на рубеже веков (1995–2004 гг.) / Л. А. Бокерия, Р. Г. Гудкова // Грудная

и сердечно-сосудистая хирургия. – 2005. – № 6. – С. 4–12.

14. Мутафьян О. А. Врожденные пороки сердца у детей / О. А. Мутафьян. – СПб.: Невский диалект, 2002. – 331 с.

15. Орлов В. И. Кардиохирургическое лечение пациентов с приобретенными пороками сердца : отдаленные результаты и клинические факторы, влияющие на них / В. И. Орлов, Л. И. Мурзабекова // Российский кардиологический журнал. – 2005. – № 5 (55). – С. 87–93.

16. Результаты оказания высокотехнологичной медицинской помощи при тетраде фалло / [Л. А. Бокерия, И. Н. Ступаков, И. В. Самородская [и др.]] // Детские болезни сердца и сосудов. – 2009. – № 1. – С. 4–8.

17. Бокерия Г. Д. Повторные операции после радикальной коррекции врожденных пороков сердца в раннем детском возрасте / Г. Д. Бокерия // Детские болезни сердца и сосудов. – 2008. – № 3. – С. 12–24.

18. Зиньковский М. Ф. Врожденные пороки сердца / М. Ф. Зиньковский, под ред. А. Ф. Возианова. – К.: Книга плюс, 2010. – 1198 с.

19. Амосов Н. М. Терапевтические аспекты кардиохирургии / Н. М. Амосов, Я. А. Бендет. – К.: 1983. – 279 с.

20. Руденко А. В. Протезирование митрального клапана после предшествующей митральной комиссуротомии: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.00.16 / А. В. Руденко. – Київ, 1983. – 23 с.



УДК 616-036.86:616.12-008331.1:159.923:371.214.114

## АРТЕРІАЛЬНИЙ ТИСК ТА ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ В ДОМЕНІ МОБІЛЬНІСТЬ У ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНСУЛЬТ

І. В. Дроздова<sup>1</sup>, А. А. Бабець<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України»

<sup>2</sup>ДЗ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України»

### Резюме

*Зростання обмежень життєдіяльності у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ), а особливо у віддалений термін після перенесеного інсульту – одна з причин неадекватної їх реабілітації. Тому виділення основних чинників, що обмежують життєдіяльність, оцінка впливу артеріального тиску (АТ) на основні їхні показники є важливим і необхідним заходом розробки індивідуальних програм реабілітації цього контингенту хворих. Аналіз отриманих результатів свідчить про те, що у пацієнтів у віддаленому періоді після перенесеного інсульту зростали обмеження життєдіяльності у домені мобільність під час зміни пози лежачи, сидячи й стоячи, під час нахилів, зміни центру ваги, підтримці положення стоячи на колінах, переміщенні лежачи, піднятті вантажів, перенесенні руками, притягуванні та витягуванні руки, підбиранні й захопленні кистю, обер-*

танні, киданні, хапанні руками, ходьбі на короткі відстані та по різних поверхнях, бігу, стрибках, пересуванні в межах квартири, будівлі та поза ними, використанні пасажирського транспорту. Усі вони певним чином обмежують життєдіяльність пацієнтів, а добові коливання АТ по-різному впливають на ці обмеження. Доведено, що на можливість переносити вантажі на плечах у пацієнтів з АГ II стадії впливають САТ удень і вночі, пульсовий АТ, добовий профіль АТ, тоді як при АГ III стадії – не визначено взаємозв'язків з АТ. Переміщення за допомогою моторизованого транспорту хворими з АГ II стадії поєднане з денними варіабельностями САТ, а у осіб з АГ III стадії – з ДАТ; тоді як управління моторизованим транспортом пацієнтами з АГ II стадії пов'язане з САТ вдень, у осіб з АГ III стадії – з САТ вночі, варіабельністю ДАТ вночі та середнім пульсовим АТ за добу. Таким чином, вважаючи на необхідність професійної реабілітації пацієнтів, які перенесли інсульт, треба вибір професій узгоджувати як з освітою, власними бажаннями, працевлаштуванням та перенавчанням, так і з можливістю досягнення цільового АТ.

**Ключові слова:** артеріальна гіпертензія, інсульт, добове моніторування артеріального тиску, обмеження життєдіяльності.

### Summary

Patients have an increase of limitations of vital functions with a hyperpiesis (AH), and especially in a remote term after the carried stroke – is one of reasons of their inadequate rehabilitation. Therefore, selection of basic factors that limit vital functions, an estimation of influence of blood pressure on their basic indexes is an important and necessary measure in individual program of rehabilitation of this patient's development. The analysis of the got results testifies that for patients in a remote period after the carried stroke limitations of vital functions grew in a domen mobility at the change of pose, lying, sitting and upright, at inclinations, change of center of gravity, support of position, blood pressure upright on knees, moving, lying, superducting of loads, transference hands, attracted and drawing out of hand, picking up and infatuation for a brush, rotation, casting, grabbing hands, to walking on short distances and for different surface, at run, jump, movement within the limits of apartment, building and pose them, use and the daily allowance vibrations of propulsion influence different character on these limitations. It is shown that on possibility to carry loads on shoulders for patients from AH of II of the stage systole arteriotony influence in the day and night, pulse to propulsion blood pressure, day's profile of proulsion blood pressure, while at AH of III of the stage – not certainly intercommunications from propulsion blood pressure. Moving by means of lorryborne transport patients from AH of II of the stage it is connected by with daily variableness of systole arteriotony, and for persons from AH of III of the stage - from dyastole arteriotony; while a management a lorryborne transport from AH of II of the stage is related patients to systole arteriotony in the day-time, for persons from AH of III of the stage - from systole arteriotony at night, variableness dyastole arteriotony at night and by middle pulse propulsion blood pressure for twenty-four hours. Thus, counting on the necessity of professional rehabilitation patients that carried a stroke, the choice of professions is needed to coordinate as with education, own desires, employment, so with possibility of achievement of having a special purpose propulsion blood pressure.

**Keywords:** arteriotony hypertension, stroke, day's monitoring of arteriotony, limitation of vital functions.

Одним з провідних чинників обмежень життєдіяльності пацієнтів, які перенесли мозковий інсульт, є артеріальна гіпертензія (АГ). До найбільш сильних і незалежних факторів ризику АГ належать вік та початковий високий артеріальний тиск (АТ) [1]. Підвищення систолічного артеріального тиску (САТ) у хворих на кожні 10 мм рт. ст. призводить до збільшення ризику розвитку ускладнень на 7–10 % [2].

Як вважають багато дослідників, до чинників обмежень життєдіяльності хворих на АГ належать: неконтрольована АГ, гіпертонічні кризи, порушення гематоенцефалічного бар'єру, значна варіабельність артеріального тиску, висока нічна гіпертензія (night-peaker) чи надмірне зниження АТ вночі (over-dipper), ятрогенна АГ [3–6]. Сьогодні стандарти лікування АГ та інсульту чітко визначені, на необхідність стабілізації АТ вказано в усіх протоколах [7–11], проте питанням впливу добових змін АТ на основні обмеження життєдіяльності приділяється недостатньо уваги.

Мета роботи – вивчити особливості взаємозв'язку артеріального тиску та обмежень життєдіяльності в домені мобільності у хворих на артеріальну гіпертензію у віддалений термін після перенесеного інсульту.

### Матеріали та методи дослідження

Відкрите контрольоване дослідження, що проводилось на базі Державної установи «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», після отримання інформованої згоди, охоплювало 9 хворих на АГ II і 26 – на АГ III ст. у віддаленому періоді після перенесеного інсульту. АГ діагностована відповідно до вимог діючих нормативних документів: «Настанови та клінічного протоколу надання медичної допомоги: Артеріальна гіпертензія», рекомендацій Української асоціації кардіологів і рекомендацій Європейського товариства кардіологів, адаптованої клінічної настанови «Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із гострим ішемічним інсультом та ТІА», уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Ішемічний інсульт» [7–11].

Середній вік обстежених склав 46,7±3,1 року. Тривалість АГ на момент обстеження в середньому сягала 4,6±1,7 року, та становила менше 5 років у 59,5% пацієнтів, від 5 до 10 років – у 28,6%, від 11 до 20 років – у 11,9% відповідно. У обстежених хворих після перенесеного інсульту минуло в середньому 3,3±1,8 року.

Усім обстеженим проводили добове моніторування АТ (ДМАТ) на апараті АВРМ-04 фірми «Meditech» (Угорщина) за уніфікованим протоколом [12]. Обмеження життєдіяльності визначали згідно з Міжнародною класифікацією функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я [13].

Статистичну обробку проводили після створення комп'ютерної бази даних у системі Microsoft Excel та програмного продукту IBM SPSS Statistics version 19 [14] за допомогою персональної ЕОМ. Застосовували t-критерій Стюдента для порівняння середніх величин та критерій на основі u-статистики для порівняння відносних величин [15]. Використовували ранговий коефіцієнт кореляції Спірмена, який вважали значущим, і відповідно робили висновок про наявність кореляційного зв'язку між показниками, якщо відповідне р-значення було менше 0,05 [14].

**Результати та їх обговорення**

Найбільш інформативними для хворих на АГ були такі сфери життєдіяльності: міжособистісні взаємодія й відносини (20,4), головні сфери життя (19,7), навчання та використання знань (18,1), самообслуговування (14,2), побутове життя (14,1), мобільність (7,4).

МКФ у домені мобільність виділяє зміни та підтримку положення тіла (зміни пози тіла, підтримку положення та переміщення тіла); перенесення, переміщення й маніпулювання об'єктами (підняття

та перенесення об'єктів, переміщення об'єктів ногами, використання точних рухів кисті, використання кисті та руки); ходьба й пересування (ходьба, пересування, що відрізняється від ходьби, пересування різними місцевостями та з використанням технічних засобів); переміщення з використанням транспорту (використання пасажирського транспорту, управління транспортом, їзда верхи) [13].

В домені мобільність найбільш інформативними у хворих на АГ були: ходьба на короткі відстані (17,4), кидання м'яча (16,3), переміщення сидячи (16,0), лежачи (15,4), за допомогою пасажирського транспорту (15,4), пересування між різними будівлями (14,7), знаходження у позі стоячи (14,3), притягання (14,0), витягання (13,8), обертання (13,7), підймання важких речей (13,5), переміщення у межах житла (12,6).

Пацієнти з АГ III стадії вірогідно відрізнялися збільшенням обмежень життєдіяльності у домені мобільність при зміні пози лежачи, сидячи й стоячи, при нахилах, зміні центру ваги, підтримці положення, стоячи на колінах, переміщенні лежачи, піднятті вантажів, перенесенні руками, притягуванні та витягуванні руки, підбиранні й захопленні кистю, обертанні, киданні, хапанні руками, ходьбі на короткі відстані та по різних поверхнях, бігу, стрибках, пересуванні в межах квартири, будівлі та поза ними, використанні пасажирського транспорту (табл. 1).

Таблиця 1

Обмеження життєдіяльності у хворих з артеріальною гіпертензією в домені мобільність

Розділ	Підрозділ	Обстежені хворі	
		АГ II стадії	АГ III стадії
Зміна та підтримання положення тіла	Зміна пози лежачи	2,5±1,6	19,9±3,5**
	Зміна пози навприсядки	21,3±6,1	40,4±5,2
	Зміна пози на колінах	24,4±11,6	36,3±4,9
	Зміна пози сидячи	3,8±2,1	21,8±4,0**
	Зміна пози стоячи	1,9±1,3	18,8±4,1**
	Зміна пози при нахилах	8,1±4,8	34,4±5,3**
	Зміна центру ваги	14,4±9,3	26,7±4,4*
	Підтримання положення лежачи	27,5±10,1	25,4±4,2
	Підтримання положення навприсядки	45,0±14,0	53,5±5,3
	Підтримання положення на колінах	35,6±12,0	56,8±5,1*
	Підтримання положення сидячи	11,3±6,1	17,2±2,9
	Підтримання положення стоячи	16,3±11,0	19,2±2,7
	Переміщення сидячи	5,6±2,9	15,4±2,9
	Переміщення лежачи	6,9±5,1	18,9±3,6*
Перенесення, переміщення та маніпулювання об'єктами	Підняття предметів	1,9±1,3	15,4±3,1**
	Перенесення кистями	5,0±3,7	18,6±3,9
	Перенесення руками	7,5±4,0	22,6±3,8*
	Перенесення на плечах	31,3±10,3	52,5±6,2
	Перенесення на голові	41,3±13,8	60,7±6,2
	Опускання об'єктів	20,6±12,2	36,5±4,9
	Штовхання ногами	13,1±6,5	24,3±3,9
	Удар ногами	20,0±11,7	30,8±4,7
	Підбирання кистю	4,4±2,6	18,1±3,8*
	Захоплення кистю	2,5±1,9	16,0±3,5*
	Маніпулювання пальцями	1,3±0,8	11,5±2,9
	Відпускання	4,4±2,6	13,8±3,0

	Притягування	3,1±1,6	16,3±3,1*
	Відштовхування	3,1±1,6	13,6±3,1
	Витягування руки	1,9±1,3	14,4±3,1*
	Обертання	2,5±1,9	16,8±3,6*
	Кидання	1,9±1,3	21,0±3,9**
	Хапання	5,6±4,3	26,3±4,5**
Ходьба та пересування	Ходьба на короткі відстані	1,3±0,8	21,0±4,1**
	Ходіння на далекі відстані	22,5±11,3	38,1±4,9
	Ходьба по різних поверхнях	25,6±11,6	46,3±5,0*
	Ходьба з подоланням перешкод	31,3±10,0	39,7±5,3
	Повзання	25,6±10,6	44,9±6,0
	Подолання перешкод	28,1±11,1	32,4±4,7
	Біг	28,8±11,4	56,0±5,7**
	Стрибки	29,4±11,2	63,2±5,1**
	Плавання	33,8±13,2	53,3±6,0
	Пересування в межах квартири	2,5±1,6	15,6±3,2*
	Пересування в межах будівлі	3,8±2,6	26,5±4,4**
	Пересування поза домівкою	13,1±11,8	29,9±4,5**
	Пересування з використанням технічних засобів	46,3±16,2	57,8±6,5
	Пересування з використанням транспорту	Використання пасажирського транспорту	1,9±1,3
Використання немоторного транспорту		14,3±8,7	35,8±6,3
Використання приватного моторного транспорту		3,1±1,6	22,6±5,8
Використання гром. моторного транспорту		8,1±4,8	25,7±5,1
Управління немоторним транспортом		32,5±14,1	55,4±6,8
Управління моторним транспортом		38,1±18,1	54,9±7,0
Управління гужовим транспортом		63,1±18,0	69,9±6,7
Їзда верхи		83,8±12,5	81,3±5,2

Примітка. статистично значущі відмінності \* –  $p < 0,05$ , \*\* –  $p < 0,01$ , \*\*\* –  $p < 0,001$  за критерієм Стюдента.

Привертає до себе увагу необхідність визначення впливу добових змін АТ на обмеження життєдіяльності хворих у віддаленому періоді після мозкового інсульту, зважаючи на високий комплаєнс приймання гіпотензивної терапії цими пацієнтами та труднощі у досягненні цільового АТ.

Можливість зміни пози лежачи у хворих на АГ II стадії корелює із максимальним діастолічним артеріальним тиском за добу (ДАТдоб) ( $r=0,72$ ,  $p=0,04$ ), середнім максимальним АТдоб ( $r=0,729$ ,  $p=0,04$ ), тоді як за АГ III стадії – з індексом площі ДАТдоб ( $r=-0,415$ ,  $p=0,018$ ). Зміна пози при вставанні навприсядки у пацієнтів з АГ II стадії сполучена з діастолічним артеріальним тиском вночі (ДАТн) ( $r=0,875$ ,  $p=0,004$ ), мінімальним ДАТдоб ( $r=0,854$ ,  $p=0,007$ ), середнім мінімальним АТдоб ( $r=0,785$ ,  $p=0,021$ ), мінімальним пульсовим АТдоб ( $r=0,732$ ,  $p=0,039$ ), ступенем зниження ДАТдоб ( $r=-0,725$ ,  $p=0,042$ ), а при АГ III стадії не пов'язана з АТ.

Зміна пози при вставанні на коліна у пацієнтів з АГ II та III стадій не поєднана з добовими змінами АТ. Можливість переміщення сидячи у осіб з АГ II стадії асоційована з варіабельністю систолічним артеріальним тиском удень (САТд) ( $r=-0,741$ ,  $p=0,035$ ), максимальним ДАТдоб ( $r=0,779$ ,

$r=0,023$ ), середнім максимальним АТдоб ( $r=0,779$ ,  $p=0,023$ ), тоді як у осіб з АГ III стадії ця здатність не сполучена з АТ. Зміна пози стоячи у хворих з АГ II стадії не поєднана з АТ, тоді як у осіб з АГ III стадії – з варіабельністю ДАТд ( $r=0,368$ ,  $p=0,035$ ), максимальним САТдоб ( $r=0,388$ ,  $p=0,028$ ), середнім максимальним АТдоб ( $r=0,35$ ,  $p=0,05$ ).

Можливість виконувати нахили у пацієнтів з АГ II стадії асоційована з максимальним САТдоб ( $r=0,741$ ,  $p=0,035$ ), мінімальним ДАТдоб ( $r=0,872$ ,  $p=0,005$ ), середнім мінімальним АТдоб ( $r=0,79$ ,  $p=0,02$ ), мінімальним пульсовим АТдоб ( $r=0,773$ ,  $p=0,024$ ), ступенем зниження САТдоб ( $r=0,816$ ,  $p=0,014$ ), а у пацієнтів з АГ III стадії – з САТд ( $r=0,362$ ,  $p=0,038$ ), варіабельністю САТн ( $r=0,465$ ,  $p=0,013$ ), ДАТн ( $r=0,491$ ,  $p=0,008$ ), мінімальним САТдоб ( $r=0,416$ ,  $p=0,018$ ). Здатність змінювати центр ваги у осіб з АГ II стадії поєднана з мінімальним пульсовим АТдоб ( $r=0,761$ ,  $p=0,028$ ), максимальною ЧССдоб ( $r=-0,734$ ,  $p=0,038$ ), а у хворих на АГ III стадії – не пов'язана з АТ.

Здатність знаходитись у положенні лежачи у хворих з АГ II стадії не пов'язана з добовими змінами АТ, тоді як у пацієнтів з АГ III стадії – з варіабельностями САТд ( $r=0,45$ ,  $p=0,01$ ) і ДАТд ( $r=0,367$ ,  $p=0,036$ ), систолічним АТн ( $r=0,398$ ,

$p=0,036$ ), середнім САТдоб ( $r=0,487$ ,  $p=0,005$ ), максимальним САТдоб ( $r=0,541$ ,  $p=0,001$ ), середнім АТдоб ( $r=0,423$ ,  $p=0,016$ ), середніми максимальним АТдоб ( $r=0,416$ ,  $p=0,018$ ) і пульсовим АТдоб ( $r=0,418$ ,  $p=0,017$ ), максимальним пульсовим АТдоб ( $r=0,369$ ,  $p=0,038$ ).

Здатність ставати навприсядки у осіб з АГ II і III стадій не пов'язана з АТ. Можливість ставати на коліна у пацієнтів з АГ II стадії асоційована з варіабельністю САТн ( $r=0,741$ ,  $p=0,035$ ), а при АГ III стадії – не корелює зі змінами АТ. Знаходження у положенні сидячи у хворих з АГ II стадії не поєднане з АТ, а у пацієнтів з АГ III стадії – з ДАТн ( $r=0,433$ ,  $p=0,021$ ), середніми САТдоб ( $r=0,443$ ,  $p=0,011$ ), ДАТдоб ( $r=0,405$ ,  $p=0,021$ ) та АТдоб ( $r=0,466$ ,  $p=0,007$ ). Знаходження у положенні стоячи в осіб з АГ II стадії корелює з максимальним ДАТдоб ( $r=0,756$ ,  $p=0,03$ ), середнім максимальним АТдоб ( $r=0,756$ ,  $p=0,03$ ), а при АГ III стадії – не асоційоване з добовими коливаннями АТ.

Переміщення у положенні сидячи у пацієнтів з АГ II стадії сполучене з САТд ( $r=0,741$ ,  $p=0,036$ ), середніми САТдоб ( $r=0,777$ ,  $p=0,023$ ) і ДАТдоб ( $r=0,728$ ,  $p=0,041$ ) та максимальним АТдоб ( $r=0,856$ ,  $p=0,007$ ), максимальним ДАТдоб ( $r=0,856$ ,  $p=0,007$ ), індексами площі САТдоб ( $r=0,922$ ,  $p=0,001$ ) і ДАТдоб ( $r=-0,83$  ( $p=0,011$ )), тоді як у хворих на АГ III стадії воно не поєднане з АТ. Переміщення у положенні лежачи в осіб з АГ II та III стадій не пов'язане з добовими коливаннями АТ.

Можливість підняття предметів у пацієнтів з АГ II стадії не поєднана з АТ, а при АГ III стадії – з САТдоб ( $r=0,419$ ,  $p=0,017$ ). Здатність переносити предмети кистями рук у хворих з АГ II стадії корелює з варіабельністю САТд ( $r=-0,93$ ,  $p=0,001$ ), а при АГ III стадії – з середніми САТдоб ( $r=0,379$ ,  $p=0,032$ ) і АТдоб ( $r=0,372$ ,  $p=0,036$ ), добовим профілем АТ ( $r=0,421$ ,  $p=0,016$ ). Здатність переносити предмети руками у осіб з АГ II і III стадій не сполучена з добовими коливаннями АТ. Можливість переносити вантажі на плечах у пацієнтів з АГ II стадії пов'язана з САТд ( $r=-0,854$ ,  $p=0,007$ ), САТн ( $r=-0,822$ ,  $p=0,012$ ), мінімальним САТдоб ( $r=-0,854$ ,  $p=0,007$ ), середнім САТдоб ( $r=-0,822$ ,  $p=0,012$ ), максимальним САТдоб ( $r=-0,834$ ,  $p=0,01$ ), середніми мінімальним АТдоб ( $r=-0,773$ ,  $p=0,024$ ) та АТдоб ( $r=-0,756$ ,  $p=0,03$ ), максимальним пульсовим АТдоб ( $r=-0,708$ ,  $p=0,05$ ), добовим профілем АТ ( $r=-0,749$ ,  $p=0,033$ ), тоді як при АГ III стадії вона не асоційована з АТ. Опускання об'єктів у пацієнтів з АГ II стадії корелює з середнім пульсовим АТдоб ( $r=0,771$ ,  $p=0,025$ ), а при АГ III стадії – з індексом площі ДАТдоб ( $r=-0,38$ ,  $p=0,032$ ).

Штовхання ногами у хворих на АГ II стадії асоційоване з середніми ДАТдоб ( $r=0,761$ ,  $p=0,028$ ) і пульсовим АТдоб ( $r=0,771$ ,  $p=0,025$ ), а при АГ III стадії – з САТд ( $r=0,421$ ,  $p=0,015$ ), САТн ( $r=0,388$ ,  $p=0,041$ ), ДАТн ( $r=0,46$ ,  $p=0,014$ ), середніми САТдоб ( $r=0,393$ ,  $p=0,026$ ) та АТдоб ( $r=0,361$ ,  $p=0,043$ ), індексом площі навантаження ДАТдоб ( $r=-0,487$ ,  $p=0,005$ ). Удар ногами (зі значною силою) у пацієнтів з АГ II стадії не поєднаний з добо-

вими змінами АТ, тоді як при АГ III стадії – з САТд ( $r=0,374$ ,  $p=0,032$ ), ДАТн ( $r=0,398$ ,  $p=0,036$ ).

Підбирання кистями рук у осіб з АГ II стадії не корелює зі змінами АТ, а при АГ III стадії – з ДАТн ( $r=0,402$ ,  $p=0,034$ ), мінімальним САТдоб ( $r=0,464$ ,  $p=0,008$ ), середніми САТдоб ( $r=0,377$ ,  $p=0,034$ ) і ДАТдоб ( $r=0,364$ ,  $p=0,041$ ), мінімальним АТдоб ( $r=0,38$ ,  $p=0,032$ ) та АТдоб ( $r=0,39$ ,  $p=0,028$ ), максимальним ДАТдоб ( $r=0,369$ ,  $p=0,037$ ), індексом площі навантаження ДАТдоб ( $r=-0,476$ ,  $p=0,006$ ) і добовим профілем АТ ( $r=0,362$ ,  $p=0,042$ ). Захоплення предметів у хворих з АГ II стадії не сполучене з коливаннями АТ протягом доби, тоді як при АГ III стадії – з САТн ( $r=0,411$ ,  $p=0,03$ ), ДАТн ( $r=0,435$ ,  $p=0,021$ ), мінімальним САТдоб ( $r=0,541$ ,  $p=0,001$ ), середніми САТдоб ( $r=0,438$ ,  $p=0,012$ ), ДАТдоб ( $r=0,405$ ,  $p=0,021$ ), мінімальним АТдоб ( $r=0,444$ ,  $p=0,011$ ) та АТдоб ( $r=0,434$ ,  $p=0,013$ ), добовим профілем АТ ( $r=0,391$ ,  $p=0,027$ ).

Маніпулювання предметами у хворих на АГ II стадії не сполучене з добовими коливаннями АТ, а при АГ III стадії – з середнім ДАТдоб ( $r=0,382$ ,  $p=0,031$ ). Опускання предметів у осіб з АГ II стадії сполучене з варіабельністю САТд ( $r=-0,819$ ,  $p=0,013$ ), тоді як після перенесеного інсульту – з САТд ( $r=0,415$ ,  $p=0,016$ ), ДАТд ( $r=0,398$ ,  $p=0,022$ ), ДАТн ( $r=0,387$ ,  $p=0,042$ ), мінімальним САТдоб ( $r=0,435$ ,  $p=0,013$ ), середніми САТдоб ( $r=0,491$ ,  $p=0,004$ ) і ДАТдоб ( $r=0,479$ ,  $p=0,006$ ) й мінімальним АТдоб ( $r=0,35$ ,  $p=0,049$ ), та АТдоб ( $r=0,5$ ,  $p=0,004$ ), максимальним ДАТдоб ( $r=0,374$ ,  $p=0,035$ ), добовим профілем АТ ( $r=0,531$ ,  $p=0,002$ ).

Притягування предметів у пацієнтів з АГ II стадії пов'язане з варіабельністю САТд ( $r=-0,903$ ,  $p=0,002$ ), тоді як при АГ III стадії – з САТд ( $r=-0,413$ ,  $p=0,017$ ) і ДАТд ( $r=0,367$ ,  $p=0,036$ ), САТн ( $r=0,438$ ,  $p=0,02$ ) і ДАТн ( $r=0,425$ ,  $p=0,024$ ), мінімальним САТдоб ( $r=0,466$ ,  $p=0,007$ ), середніми САТдоб ( $r=0,519$ ,  $p=0,002$ ) і ДАТдоб ( $r=0,466$ ,  $p=0,007$ ), мінімальним АТдоб ( $r=0,37$ ,  $p=0,037$ ), АТдоб ( $r=0,515$ ,  $p=0,003$ ), індексом площі ДАТдоб ( $r=-0,358$ ,  $p=0,044$ ), добовим профілем АТ ( $r=0,47$ ,  $p=0,007$ ).

Відштовхування предметів у хворих з АГ II стадії асоційоване з варіабельністю САТд ( $r=-0,943$ ,  $p=0,0004$ ), а при АГ III стадії – з САТд ( $r=0,353$ ,  $p=0,044$ ) і ДАТд ( $r=0,357$ ,  $p=0,041$ ), САТн ( $r=0,411$ ,  $p=0,03$ ) й ДАТн ( $r=0,433$ ,  $p=0,021$ ), мінімальним САТдоб ( $r=0,511$ ,  $p=0,003$ ), середніми САТдоб ( $r=0,447$ ,  $p=0,01$ ) і ДАТдоб ( $r=0,438$ ,  $p=0,012$ ), максимальним ДАТдоб ( $r=0,367$ ,  $p=0,039$ ), середніми мінімальним АТдоб ( $r=0,404$ ,  $p=0,022$ ) та середнім АТ добу ( $r=0,474$ ,  $p=0,006$ ), індексом площі ДАТдоб ( $r=-0,365$ ,  $p=0,04$ ), добовим профілем АТ ( $r=0,48$ ,  $p=0,005$ ).

Витягування рук у пацієнтів з АГ II стадії не поєднане зі змінами АТ, а при АГ III стадії – з САТд ( $r=0,394$ ,  $p=0,023$ ), САТн ( $r=0,399$ ,  $p=0,035$ ), ДАТн ( $r=0,425$ ,  $p=0,024$ ), мінімальним САТдоб ( $r=0,443$ ,  $p=0,011$ ), середнім САТдоб ( $r=0,483$ ,  $p=0,005$ ), максимальним САТдоб ( $r=0,357$ ,  $p=0,045$ ), середніми ДАТдоб ( $r=0,382$ ,  $p=0,031$ ) і АТдоб ( $r=0,459$ ,  $p=0,008$ ), добовим профілем АТ ( $r=0,493$ ,

$p=0,004$ ). Можливість обертання рук у хворих з АГ II стадії не корелює зі змінами АТ за добу, тоді як у осіб з АГ III стадії – з САТн ( $r=0,42$ ,  $p=0,026$ ), ДАТн ( $r=0,451$ ,  $p=0,016$ ), мінімальним САТдоб ( $r=0,483$ ,  $p=0,005$ ), середніми САТдоб ( $r=0,446$ ,  $p=0,011$ ) і ДАТдоб ( $r=0,373$ ,  $p=0,036$ ) та мінімальним АТдоб ( $r=0,354$ ,  $p=0,047$ ) й АТдоб ( $r=0,443$ ,  $p=0,011$ ), добовим профілем АТ ( $r=0,415$ ,  $p=0,018$ ).

Кидання предметів у пацієнтів з АГ II стадії не асоційоване з АТ, а при АГ III стадії – з САТд ( $r=0,402$ ,  $p=0,021$ ) і САТн ( $r=0,518$ ,  $p=0,005$ ), ДАТн ( $r=0,527$ ,  $p=0,004$ ), мінімальним САТдоб ( $r=0,469$ ,  $p=0,007$ ), середніми САТдоб ( $r=0,412$ ,  $p=0,019$ ) і АТдоб ( $r=0,37$ ,  $p=0,037$ ), ступенем зниження ДАТдоб ( $r=-0,376$ ,  $p=0,034$ ). Здатність хапати предмети у хворих на АГ II стадії пов'язана з варіабельністю САТд ( $r=-0,891$ ,  $p=0,003$ ), а у осіб з АГ III стадії – з САТд ( $r=0,504$ ,  $p=0,003$ ), ДАТд ( $r=0,352$ ,  $p=0,045$ ), САТн ( $r=0,434$ ,  $p=0,021$ ), ДАТн ( $r=0,493$ ,  $p=0,008$ ), варіабельністю САТн ( $r=0,468$ ,  $p=0,012$ ), мінімальним САТдоб ( $r=0,365$ ,  $p=0,04$ ), середнім ( $r=0,475$ ,  $p=0,006$ ) і максимальним САТдоб ( $r=0,383$ ,  $p=0,031$ ), середнім АТдоб ( $r=0,436$ ,  $p=0,013$ ), добовим профілем АТ ( $r=0,389$ ,  $p=0,028$ ).

Можливість ходьби на короткі відстані у хворих на АГ II стадії поєднана з мінімальною частотою серцевих скорочень за добу ( $r=0,85$ ,  $p=0,007$ ), добовим профілем АД ( $r=0,737$ ,  $p=0,037$ ), а при АГ III стадії – з САТд ( $r=0,496$ ,  $p=0,003$ ), ДАТд ( $r=0,447$ ,  $p=0,009$ ), варіабельністю ДАТд ( $r=0,381$ ,  $p=0,029$ ), САТн ( $r=0,428$ ,  $p=0,023$ ), ДАТн ( $r=0,51$ ,  $p=0,006$ ), мінімальним САТдоб ( $r=0,451$ ,  $p=0,01$ ), середніми САТдоб ( $r=0,477$ ,  $p=0,006$ ), ДАТдоб ( $r=0,442$ ,  $p=0,011$ ) і АТдоб ( $r=0,507$ ,  $p=0,003$ ), добовим профілем АТ ( $r=0,36$ ,  $p=0,043$ ) Можливість ходьби на далекі відстані у хворих з АГ II стадії поєднана з САТн ( $r=-0,788$ ,  $p=0,02$ ), мінімальним САТдоб ( $r=-0,819$ ,  $p=0,013$ ), середніми мінімальним АТдоб ( $r=-0,752$ ,  $p=0,032$ ) та АТдоб ( $r=-0,711$ ,  $p=0,048$ ), а у осіб з АГ III стадії – не пов'язана з АТ.

Можливість ходьби по різних поверхнях (сніг, ожеледиця, гравій, підмання вгору) у пацієнтів з АГ II стадії корелює з САТд ( $r=-0,755$ ,  $p=0,031$ ), САТн ( $r=-0,819$ ,  $p=0,013$ ), мінімальним САТдоб ( $r=-0,814$ ,  $p=0,014$ ), середнім САТдоб ( $r=-0,723$ ,  $p=0,043$ ), середнім мінімальним АТдоб ( $r=-0,735$ ,  $p=0,038$ ), середнім АТдоб ( $r=-0,719$ ,  $p=0,045$ ), тоді як при АГ III стадії не пов'язана з АТ. Ходьба за наявності перешкод у хворих на АГ II стадії не асоційована з АТ, тоді як у осіб з АГ III стадії – з САТд ( $r=0,376$ ,  $p=0,031$ ), ДАТд ( $r=0,422$ ,  $p=0,025$ ), варіабельністю ДАТн ( $r=0,46$ ,  $p=0,014$ ).

Повзання хворих з АГ II стадії асоційоване лише з варіабельністю САТн ( $r=0,839$ ,  $p=0,009$ ), а при АГ III стадії – з САТд ( $r=0,359$ ,  $p=0,04$ ), САТн ( $r=0,425$ ,  $p=0,024$ ), ДАТн ( $r=0,546$ ,  $p=0,003$ ), варіабельністю ДАТн ( $r=0,451$ ,  $p=0,016$ ), максимальним ДАТдоб ( $r=0,353$ ,  $p=0,047$ ), індексом площі ДАТдоб ( $r=-0,351$ ,  $p=0,049$ ). Подолання перешкод пацієнтами з АГ II стадії сполучене з варіабельністю САТн ( $r=0,839$ ,  $p=0,009$ ), а в осіб АГ III стадії – з САТд ( $r=0,465$ ,  $p=0,006$ ), ДАТд ( $r=0,358$ ,  $p=0,041$ ), САТн ( $r=0,549$ ,  $p=0,002$ ), ДАТн ( $r=0,643$ ,  $p=0,0002$ ),

варіабельністю ДАТн ( $r=0,457$ ,  $p=0,014$ ), мінімальним САТдоб ( $r=0,47$ ,  $p=0,007$ ), середнім САТдоб ( $r=0,443$ ,  $p=0,011$ ), середнім АТдоб ( $r=0,424$ ,  $p=0,016$ ), ступенем зниження ДАТдоб ( $r=-0,374$ ,  $p=0,035$ ), добовим профілем АТ ( $r=0,405$ ,  $p=0,021$ ).

Здатність до бігу у хворих з АГ II стадії не пов'язана з АТ, при АГ III стадії – з САТд ( $r=0,501$ ,  $p=0,003$ ), ДАТд ( $r=0,369$ ,  $p=0,035$ ), САТн ( $r=0,44$ ,  $p=0,019$ ), ДАТн ( $r=0,557$ ,  $p=0,002$ ), варіабельностями САТн ( $r=0,425$ ,  $p=0,024$ ) і ДАТн ( $r=0,422$ ,  $p=0,025$ ), середнім САТдоб ( $r=0,446$ ,  $p=0,01$ ), максимальним ДАТдоб ( $r=0,354$ ,  $p=0,047$ ), середнім АТдоб ( $r=0,456$ ,  $p=0,009$ ), добовим профілем АТ ( $r=0,412$ ,  $p=0,019$ ). Можливість виконувати стрибки у пацієнтів з АГ II стадії асоційована з варіабельністю ДАТн ( $r=0,764$ ,  $p=0,027$ ), а у осіб з АГ III стадії – з САТд ( $r=0,361$ ,  $p=0,039$ ) і варіабельністю ДАТн ( $r=0,421$ ,  $p=0,026$ ). Здатність плавати у хворих з АГ II стадії не поєднана з АТ, а при АГ III стадії – з САТд ( $r=0,345$ ,  $p=0,049$ ), ДАТд ( $r=0,486$ ,  $p=0,004$ ), варіабельністю ДАТд ( $r=0,423$ ,  $p=0,014$ ), ДАТн ( $r=0,382$ ,  $p=0,045$ ), середнім ДАТдоб ( $r=0,445$ ,  $p=0,011$ ), максимальним ДАТдоб ( $r=0,567$ ,  $p=0,001$ ), середнім АТдоб ( $r=0,43$ ,  $p=0,014$ ), середнім максимальним АТдоб ( $r=0,541$ ,  $p=0,001$ ), індексом площі ДАТдоб ( $r=-0,549$ ,  $p=0,001$ ).

Пересування у межах житла хворих на АГ II стадії не сполучене з АТ, а при АГ III стадії – з САТд ( $r=0,577$ ,  $p=0,0004$ ), ДАТд ( $r=0,391$ ,  $p=0,024$ ), САТн ( $r=0,588$ ,  $p=0,001$ ), ДАТн ( $r=0,617$ ,  $p=0,0005$ ), мінімальним САТдоб ( $r=0,442$ ,  $p=0,011$ ), середнім САТдоб ( $r=0,546$ ,  $p=0,001$ ), максимальним САТдоб ( $r=0,425$ ,  $p=0,015$ ), середнім ДАТдоб ( $r=0,36$ ,  $p=0,043$ ), середнім АТдоб ( $r=0,491$ ,  $p=0,004$ ), мінімальним пульсовим АТдоб ( $r=0,361$ ,  $p=0,043$ ), середнім пульсовим АТдоб ( $r=0,437$ ,  $p=0,012$ ), індексом площі ДАТдоб ( $r=-0,357$ ,  $p=0,045$ ), добовим профілем АТ ( $r=0,436$ ,  $p=0,013$ ). Переміщення між будинками пацієнтами з АГ II стадії не пов'язане з АТ, у осіб з АГ III стадії – з САТд ( $r=0,553$ ,  $p=0,001$ ), ДАТд ( $r=0,424$ ,  $p=0,014$ ), САТн ( $r=0,495$ ,  $p=0,007$ ), ДАТн ( $r=0,627$ ,  $p=0,0004$ ), варіабельністю ДАТн ( $r=0,383$ ,  $p=0,044$ ), середніми САТдоб ( $r=0,518$ ,  $p=0,002$ ) і ДАТдоб ( $r=0,401$ ,  $p=0,023$ ), максимальним ДАТдоб ( $r=0,37$ ,  $p=0,037$ ), середнім АТдоб ( $r=0,514$ ,  $p=0,003$ ), середнім максимальним АТдоб ( $r=0,356$ ,  $p=0,046$ ), індексом площі ДАТдоб ( $r=-0,395$ ,  $p=0,025$ ), добовим профілем АТ ( $r=0,448$ ,  $p=0,01$ ).

Пересування поза будівлею хворими з АГ II стадії не асоційоване з АТ, а при АГ III стадії – з САТд ( $r=0,465$ ,  $p=0,006$ ), САТн ( $r=0,447$ ,  $p=0,017$ ), ДАТн ( $r=0,567$ ,  $p=0,002$ ), середніми САТдоб ( $r=0,411$ ,  $p=0,019$ ) і АТдоб ( $r=0,381$ ,  $p=0,031$ ), індексом площі ДАТдоб ( $r=-0,401$ ,  $p=0,023$ ). Використання технічних засобів при пересуванні пацієнтами з АГ II стадії корелює з СЗ (ступенем зниження) САТдоб ( $r=-0,782$ ,  $p=0,022$ ), а в осіб з АГ III стадії не пов'язане з АТ.

Пересування з використанням пасажирського транспорту хворими з АГ II і III стадій не сполучене з добовими коливаннями АТ. Пересування з використанням транспорту, в якому рушійною

силою є людина, пацієнтами з АГ II стадії не асоційоване з АТ, тоді як при АГ III стадії – з варіабельністю ДАТд ( $r=0,519$ ,  $p=0,002$ ). Переміщення за допомогою моторизованого транспорту хворими з АГ II стадії поєднане з варіабельністю САТд ( $r=0,777$ ,  $p=0,023$ ), а в осіб з АГ III стадії – з варіабельністю ДАТд ( $r=0,44$  ( $p=0,01$ )). Переміщення за допомогою муніципального транспорту пацієнтами з АГ II стадії поєднане з ДАТд ( $r=0,755$ ,  $p=0,03$ ), середнім САТдоб ( $r=0,755$ ,  $p=0,03$ ), середнім ДАТдоб ( $r=0,801$ ,  $p=0,017$ ), максимальним ДАТдоб ( $r=0,851$ ,  $p=0,007$ ), середнім максимальним АТдоб ( $r=0,851$ ,  $p=0,007$ ), індексами площі САТдоб ( $r=0,803$ ,  $p=0,016$ ) та ДАТдоб ( $r=0,751$ ,  $p=0,032$ ), у осіб з АГ III стадії – з середнім АТдоб ( $r=0,365$ ,  $p=0,04$ ), індексом площі ДАТдоб ( $r=0,426$ ,  $p=0,015$ ).

Керування транспортом, в якому рушійною силою є людина, хворими з АГ II стадії сполучене з САТд ( $r=-0,946$ ,  $p=0,0004$ ), ДАТд ( $r=-0,892$ ,  $p=0,003$ ), САТн ( $r=-0,952$ ,  $p=0,0003$ ), мінімальним САТдоб ( $r=-0,994$ ,  $p=0,0004$ ), середнім САТдоб ( $r=-0,928$ ,  $p=0,001$ ), максимальним САТдоб ( $r=-0,964$ ,  $p=0,0001$ ), мінімальним ДАТдоб ( $r=-0,802$ ,  $p=0,017$ ), середнім ДАТдоб ( $r=-0,85$ ,  $p=0,007$ ), середнім мінімальним АТдоб ( $r=-0,952$ ,  $p=0,0003$ ), середнім АТдоб ( $r=-0,922$ ,  $p=0,001$ ), максимальним пульсовим АТдоб ( $r=-0,826$ ,  $p=0,011$ ), індексом площі САТдоб ( $r=-0,713$ ,  $p=0,047$ ), добовим профілем АТ ( $r=-0,759$ ,  $p=0,029$ ), а при АГ III стадії не поєднане з добовими коливаннями АТ. Керування моторизованим транспортом пацієнтами з АГ II стадії пов'язане з САТд ( $r=-0,76$ ,  $p=0,028$ ), у осіб з АГ III стадії – з САТн ( $r=-0,415$ ,  $p=0,028$ ), варіабельністю ДАТн ( $r=-0,414$ ,  $p=0,028$ ), середнім пульсовим АТдоб ( $r=-0,35$ ,  $p=0,05$ ). Управління гужевим транспортом хворими з АГ II стадії асоційоване з САТд ( $r=-0,846$ ,  $p=0,008$ ), САТн ( $r=-0,741$ ,  $p=0,035$ ), середнім САТдоб ( $r=-0,851$ ,  $p=0,007$ ), максимальним САТдоб ( $r=-0,796$ ,  $p=0,018$ ), максимальним ДАТдоб ( $r=-0,791$ ,  $p=0,019$ ), середніми АТдоб ( $r=-0,791$ ,  $p=0,019$ ) і пульсовим АТдоб ( $r=-0,791$ ,  $p=0,019$ ), індексом площі ДАТдоб ( $r=0,791$ ,  $p=0,019$ ), добовим профілем АТ ( $r=-0,768$ ,  $p=0,026$ ), а при АГ III стадії – з середньою ЧССдоб ( $r=-0,395$ ,  $p=0,025$ ). Їзда верхи у пацієнтів з АГ II і III стадій не пов'язана з добовими коливаннями АТ.

Узагальнюючі показники обмеження життєдіяльності у домені мобільність у пацієнтів з АГ II стадії не сполучені з АТ, а при АГ III стадії – з САТд ( $r=0,353$ ,  $p=0,044$ ), ДАТд ( $r=0,458$ ,  $p=0,014$ ), середнім САТдоб ( $r=0,358$ ,  $p=0,044$ ). Якщо розглядати особливості обмежень життєдіяльності у хворих на АГ II і III стадій, то можна побачити, що при зміні та підтриманні положення тіла особами з АГ найбільш інформативними були: зміни пози сидячи (16,0), лежачи (15,4), стоячи (14,3), навприсядки (11,5), при нахилах (9,5), переміщенні сидячи та підтриманні положення стоячи на колінах (по 6,1) та лежачи (6,0). Верхні межі показників обмеження життєдіяльності при зміні та підтриманні положення тіла хворими обох груп значно різнились за оцінкою зміни пози сидячи, лежачи й стоячи, що

свідчило про найбільш виразні обмеження саме у цих категоріях (табл. 2).

Під час перенесення, переміщення та маніпулювання об'єктів найінформативнішими у хворих з цією патологією виступали: кидання (16,3), притягування (14,0), витягування рук (13,8), обертання (13,7), підняття (13,5), маніпулювання пальцями (12,4), захоплення кистою й відштовхування (по 12,3). Верхні межі показників обмеження життєдіяльності під час перенесення, переміщення та маніпулювання об'єктів хворими обох груп значно різнились за оцінкою кидання, притягування, витягування рук, обертання, підняття, захоплення кистою й відштовхування, що свідчило про найбільш виразні обмеження саме у цих категоріях (табл. 2).

Під час ходьби та пересування найінформативнішими у осіб з АГ були: ходьба на короткі відстані (17,4) та пересування в межах будівлі (14,7). Верхні межі показників обмеження життєдіяльності під час перенесення, переміщення та маніпулювання об'єктів хворими обох груп значно різнились за оцінкою ходьби на короткі відстані та пересуванні в межах будівлі, що свідчило про найбільш виразні обмеження саме у цих категоріях (табл. 2).

Під час пересування з використанням транспорту у цієї категорії хворих найінформативнішими були: ходьба на короткі відстані (17,4), пересування в межах будівлі (14,7) та квартири (12,6), стрибки (8,8), біг (7,2), повзання (6,5), ходьба з подоланням перешкод (6,2). Верхні межі показників обмеження життєдіяльності під час пересування з використанням транспорту особами обох груп значно різнились за оцінкою використання пасажирського, приватного й моторизованого транспорту, що свідчило про найбільш виразні обмеження саме у цих категоріях (табл. 2).

Узагальнюючи результати досліджень, можна зробити висновок, що хворі на АГ III стадії у віддаленому періоді після перенесеного інсульту вірогідно відрізнялись збільшенням обмежень життєдіяльності у домені мобільність при зміні пози лежачи, сидячи й стоячи, під час нахилів, зміні центру ваги, підтримці положення стоячи на колінах, переміщенні лежачи, піднятті вантажів, перенесенні руками, притягуванні та витягуванні руки, підбиранні й захопленні кистою, обертанні, киданні, хапанні руками, ходьбі на короткі відстані та по різних поверхнях, бігу, стрибках, пересуванні в межах квартири, будівлі та поза ними, використанні пасажирського транспорту.

До загальних обмежень життєдіяльності у хворих на АГ II і III стадій належать зміни пози сидячи, лежачи, стоячи, навприсядки, під час нахилів, переміщенні сидячи та підтриманні положення стоячи на колінах та лежачи; кидання, притягування, витягування рук, обертання, підняття, маніпулювання пальцями, захоплення кистою й відштовхування; ходьба на короткі відстані та пересування в межах будівлі, стрибки, біг, повзання, ходьба з подоланням перешкод. Усі вони певним чином обмежують життєдіяльність пацієнтів, а добові коливання АТ по-різному впливають на ці обмеження.

Межі показників обмеження життєдіяльності у хворих з артеріальною гіпертензією в домені мобільність

Розділ	Підрозділ	Межі показників у обстежених хворих		
		вага	АГ II стадії	АГ III стадії
Зміна та підтримання положення тіла	Зміна пози сидячи	16,0	0–15	0–100
	Зміна пози лежачи	15,4	0–10	0–75
	Зміна пози стоячи	14,3	0–10	0–100
	Зміна пози навприсядки	11,5	0–50	0–100
	Нахили	9,5	0–40	0–100
	Переміщення сидячи	6,1	0–20	0–60
	Підтримання положення, стоячи на колінах	6,1	0–95	0–100
	Підтримання положення лежачи	6,0	0–40	0–80
	Зміна центру ваги	3,8	0–70	0–100
	Підтримання положення сидячи	2,5	0–50	0–70
	Підтримання положення стоячи	2,2	0–90	0–60
	Переміщення лежачи	1,9	0–80	0–100
	Зміна пози на колінах	1,8	0–95	0–100
	Підтримання положення навприсядки	0,3	0–100	0–100
Перенесення, переміщення та маніпулювання об'єктами	Кидання	16,3	0–10	0–70
	Притягування	14,0	0–10	0–60
	Витягування руки	13,8	0–10	0–70
	Обертання	13,7	0–15	0–80
	Підняття	13,5	0–10	0–70
	Маніпулювання пальцями	12,4	0–5	0–50
	Захоплення кистю	12,3	0–15	0–80
	Відштовхування	12,3	0–10	0–60
	Хапання	12,1	0–35	0–95
	Підбирання кистю	9,5	0–20	0–80
	Перенесення руками	8,4	0–30	0–70
	Відпускання кистю	8,3	0–20	0–70
	Перенесення кистями	7,9	0–30	0–70
	Перенесення на плечах	7,3	0–90	0–100
	Штовхання ногами	3,5	0–50	0–80
	Опускання об'єктів	1,6	0–95	0–100
	Удар ногами	1,6	0–90	0–100
Перенесення на голові	0	0–100	0–100	
Ходьба та пересування	Ходьба на короткі відстані	17,4	0–5	0–80
	Пересування в межах будівлі	14,7	0–20	0–100
	Пересування в межах квартири	12,6	0–10	0–70
	Стрибки	8,8	0–95	0–100
	Біг	7,2	0–95	0–100
	Повзання	6,5	0–95	0–100
	Ходьба з подоланням перешкод	6,2	0–70	0–100
	Пересування поза домом	3,4	0–95	0–100
	Ходьба по різних поверхнях	3,2	0–95	0–100
	Ходьба на далекі відстані	2,9	0–95	0–100
	Подолання перешкод	1,7	0–95	0–100
	Плавання	0,8	0–100	0–100
Пересування з використанням транспорту	Пересування з використанням технічних засобів	0	0–100	0–100
	Використання пасажирського транспорту	15,4	0–10	0–100
	Використання приватного моторного транспорту	10,9	0–10	0–100
	Використання гром. моторного транспорту	7,1	0–40	0–100
	Використання немоторного транспорту	6,4	0–70	0–100



Керування немоторним транспортом	1,1	0–100	0–100
Керування моторним транспортом	0	0–100	0–100
Керування гужовим транспортом	0	0–100	0–100
Їзда верхи	0	0–100	0–100

На зміни пози лежачи у хворих на АГ II стадії впливає максимальний ДАТдоб, середній максимальний АТдоб, тоді як при АГ III стадії – індекс площі ДАТдоб. Можливість переміщення сидячи у осіб з АГ II стадії асоційована з варіабельністю САТд, максимальним ДАТдоб, середнім максимальним АТдоб, тоді як у осіб з АГ III стадії ця здатність не сполучена з АТ. Зміна пози стоячи у хворих з АГ II стадії не поєднана з АТ, тоді як у пацієнтів з АГ III стадії – з варіабельністю ДАТд, максимальним САТдоб, середнім максимальним АТдоб.

Здатність знаходитись у положенні лежачи у хворих на АГ II стадії не сполучена з добовими змінами АТ, тоді як у пацієнтів з АГ III стадії – з варіабельностями САТд і ДАТд, САТн, середнім максимальним САТдоб, середнім АТдоб, середніми максимальним і пульсовим АТдоб, максимальним пульсовим АТдоб. Можливість переносити вантажі на плечах у пацієнтів з АГ II стадії пов'язана з САТд, САТн, мінімальним САТдоб, середнім САТдоб, максимальним САТдоб, середніми мінімальним АТдоб та АТдоб, максимальним пульсовим АТдоб, добовим профілем АТ, тоді як при АГ III стадії – вона не асоційована з АТ.

Переміщення за допомогою моторизованого транспорту хворими з АГ II стадії поєднане з варіабельністю САТд, а в осіб з АГ III стадії – з варіабельністю ДАТд. Керування моторизованим транспортом пацієнтами з АГ II стадії пов'язане з САТд, у осіб з АГ III стадії – з САТн, варіабельністю ДАТн, середнім пульсовим АТдоб.

Таким чином, вважаючи за необхідність професійної реабілітації пацієнтів, які перенесли інсульт, треба вибір професій узгоджувати як з освітою, власними бажаннями, працевлаштуванням та перенавчанням, так і з можливістю досягнення цільового АТ.

#### Література

1. Мурашко Н. К. Алгоритм прогнозирования развития когнитивных нарушений у больных с артериальной гипертензией и атеросклерозом коронарных и церебральных артерий: Методические рекомендации / Н. К. Мурашко, Т. П. Парникова, Г. Н. Чуприна [и соавт.] – Киев: Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, 2014. – 40 с.
2. Постинсультные когнитивные нарушения / Н. В. Вахнина, Л. Ю. Никитина, В. А. Парфенов, Н. Н. Яхно // Инсульт, 2008. – № 22. – С. 16–21.
3. Захаров В. В. Коррекция умеренных когнитивных нарушений / В. В. Захаров // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – № 12. – С. 121–125.
4. Кушнир Г. М. Неврологические аспекты деменции (современные подходы к диагностике

и лечению): Учебное пособие для врачей – неврологов и психиатров, интернов-неврологов и психиатров, врачей общей практики / Г. М. Кушнир, Е. А. Савчук, В. В. Самохвалова. – Симферополь: Крымский Государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского, 2010. – 66 с.

5. Асимптомные инфаркты головного мозга: факторы риска и когнитивные нарушения / Р. Р. Жетишев, Н. А. Михайлова, Р. А. Иващенко, П. Р. Камчатнов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2014. – № 3. – С. 3–6.

6. Методика прогнозирования вероятности возникновения инсульта / Г. Т. Есенбаева, С. Б. Жаутикова, Ф. А. Миндубаева, И. А. Кадырова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2014. – № 3. – С. 51–54.

7. Про затвердження класифікації захворювань органів системи кровообігу: Наказ МОЗ України № 54 від 14.02.2002 р., м. Київ. – 22 с. [WWW-документ].

8. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування кардіологічних хворих / За ред. В. М. Коваленка, М. І. Лутая, Ю. М. Сіренка. – К.: Морион, 2011. – 407 с.

9. 2013ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // Eur. Heart. J. 2013; DOI: 10.1093/eurheartj/eh.t151.

10. Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із гострим ішемічним інсультом та ТІА. Наказ Міністерства охорони здоров'я 03.08.2012 р., № 602. [WWW-документ]. URL [http://mbox2.i.ua/read/INBOX/547833cb6ca9/?\\_rand=1165367246](http://mbox2.i.ua/read/INBOX/547833cb6ca9/?_rand=1165367246).

11. Рекомендації щодо ведення хворих з ішемічним інсультом та транзиторною ішемічною атакою: Наказ Міністерства охорони здоров'я 03.08.2012 № 602. [WWW-документ]. URL [http://mbox2.i.ua/read/INBOX/547833cb6ca9/?\\_rand=1165367246](http://mbox2.i.ua/read/INBOX/547833cb6ca9/?_rand=1165367246).

12. Дзяк Г. В. Суточное мониторирование артериального давления / Г. В. Дзяк, Т. В. Колесник, Ю. Н. Погорецкий. – Д., 2005. – 200 с.

13. Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья. – ВОЗ: Женева, 2001. – 342 с.

14. Статистична обробка даних / В. П. Бабак, А. Я. Білецький, О. П. Приставка, П. О. Приставка. – К.: МІВВЦ, 2001. – 388 с.

15. Айвазян С. А. Классификация многомерных наблюдений / С. А. Айвазян, З. И. Бежаева, О. В. Староверов. – М.: Статистика, 1974. – 240 с.

