

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ЕКСПЕРТИЗА У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ПІСЛЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ МІОКАРДУ

О. М. Лисунець, І. Я. Ханюкова, Ю. В. Ткаченко, І. М. Зубко,
Н. М. Бірець, І. В. Саніна, Л. В. Волкова

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Резюме

В статті изложены современные подходы проведения медико-социальной экспертизы и критерии установления групп инвалидности у больных ИБС после реваскуляризации миокарда, которые разработаны на основе проведенного комплексного клинического, психологического и социального исследования, экспертно-реабилитационной, функциональной, профессиональной и социально-бытовой диагностики данной группы больных (по материалам НИР «Розробити сучасні критерії встановлення інвалідності у хворих на ішемічну хворобу серця, які перенесли ендоваскулярні та оперативні втручання на серці», номер госрегистрации 0107U001444).

Ключевые слова: *группы инвалидности, болезни системы кровообращения, оперативные вмешательства на сердце.*

Summary

The article describes the modern approaches of medical social examination and the criteria for setting disability groups at CHD patients after myocardial revascularization. The criteria are developed on the basis of comprehensive clinical, psychological and social studies, as well as on the basis of expert-rehabilitation diagnostics, functional diagnostics, professional diagnostics and social-consumer diagnostics of this group of patients (based on research work «Develop modern criteria for the establishment of disability at patients with coronary heart disease who have had endovascular and surgical interventions on the heart», № state registration 0107U001444).

Keywords: *disability group, circulatory system diseases, operative interventions on the heart.*

Ішемічна хвороба серця (ІХС) внаслідок широкого розповсюдження, високого рівня смертності та інвалідизації найбільш працездатної частини населення залишається однією з основних проблем сучасної медицини [1, 2].

Реваскуляризація міокарда у хворих на ІХС є визнаним і ефективним засобом лікування прогресуючих і резистентних до медикаментозного лікування форм коронарної недостатності і вважається ефективним реабілітуючим чинником. Удосконалення хірургічної техніки, довгострокова антиагрегантна і гіполіпідемічна терапія позитивно вплинули на результати ендоваскулярного та хірургічного лікування, що стають рутинним методом лікування ІХС в Україні [3, 4, 5]. Проте не завжди результати оперативного лікування у разі ІХС призводять до повного відновлення життєдіяльності хворого, особливо у віддалений післяопераційний період.

Проведений аналіз медико-експертних справ цієї категорії хворих з низки областей України свідчив, що в закладах медико-соціальної експертизи (МСЕ) на сьогодні не існує єдиних експертних підходів щодо огляду таких хворих. Тобто, за наявності однакових початкових даних, оцінка їх у різних закладах МСЕ може бути неоднозначною, що перетворюється на серйозну соціальну проблему. Більшість існуючих документів і методичних розробок щодо цього питання має більш концептуаль-

ний, ніж практичний характер, що відповідно позначається на якості проведення МСЕ.

Проведення у хворих на ІХС хірургічних чи ендоваскулярних методів реваскуляризації, в першу чергу, передбачає покращання якості життя хворого за рахунок підвищення толерантності до фізичних навантажень за відсутності чи зменшення нападів стенокардії, покращання скоротливої здатності міокарда. Однак віддаленні результати реваскуляризації міокарда можуть залежати від цілої низки чинників і за даними різних літературних джерел досить розбіжні.

Внесений без урахування оцінки функціональних порушень помилковий експертний висновок негативно діє на хворого, знижуючи прагнення і мотивацію до праці, відбувається трудова дезадаптація. Під час проведення МСЕ ефективне оперативне лікування ІХС повинне розцінюватися не як факт, що обтяжує стан хворого, а як чинник сприятливого реабілітаційного прогнозу [6, 7].

Мета роботи – розробка критеріїв установлення груп інвалідності у хворих на ІХС, які перенесли оперативні або ендоваскулярні втручання на серці, за оцінкою клініко-функціональних, психологічних і соціальних чинників, з урахуванням вимог, що пред'являються професією і умовами праці хворого.

Для прийняття правильного експертного рішення, адекватного ситуації в стані здоров'я,

що склалася для кожного хворого на ІХС після проведеної реваскуляризації міокарда, необхідно виконати низку заходів:

1. Оцінити анамнез, обсяги втручання, клініко-функціональний стан пацієнта після відновного лікування, ступінь впливу і прогностичну значущість поведінкових, психологічних і соціальних чинників на перебіг захворювання і динаміку стану здоров'я пацієнта.

2. Оцінити основні категорії обмеження життєдіяльності: пересування, участь у трудовій діяльності, самообслуговування і ступінь їх вираженості.

3. Визначити потенціал компенсаторних можливостей пацієнта.

4. Визначити потребу в реабілітаційних заходах – скласти індивідуальну програму реабілітації.

5. Проводити своєчасний діагностичний контроль за реалізацією реабілітаційних заходів – установити терміни повторного огляду, проводити контрольні заходи оцінки ефективності реабілітації.

В результаті виноситься експертний висновок, який містить:

- клініко-функціональний діагноз;
- висновок про ступінь вираженості кожної з категорій обмеження життєдіяльності;
- висновок про потребу в реабілітаційних заходах і інших видах допомоги.

Оцінка обмежень життєдіяльності в досліджуваній групі (210 пацієнтів) базувалася на результатах клініко-функціональної, психологічної і соціальної діагностики, зіставлення результатів комплексної діагностики із змістом і вимогами окремих категорій життєдіяльності і ступенем їхньої значущості. Для оцінки характеру обмежень життєдіяльності використовувалися 7 основних категорій: здатність до самообслуговування, пересування, спілкування, контролю за своєю поведінкою, орієнтації, навчання і трудової діяльності. Аналізуючи особливості клінічних проявів у обстежених хворих, що призводили до тих або інших обмежень життєдіяльності, можна відзначити, що «коло» категорій життєдіяльності у хворих ІХС після реваскуляризації міокарда звужується обмеженнями здібностей до пересування, трудової діяльності, самообслуговування. Різноманітність клінічних проявів і функціональних порушень з боку різних органів і систем організму за даної патології вимагала у кожному конкретному випадку індивідуального підходу до використання комплексу розроблених методичних прийомів для оцінки обмеження життєдіяльності. Однак уявляється очевидним, що від стану ССС після реваскуляризації міокарда залежать основні соціальні наслідки порушень здоров'я. Показники функції кровообігу у цієї категорії хворих також являються основними критеріями адаптації організму до різних видів і умов життєдіяльності, різних фізичних та нервово-психічних навантажень.

Використання стентів у хворих з різними формами ІХС у більшості випадків уже в ранньому післяреваскуляризаційному періоді обумовлювали достовірне покращання клініко-функціонального стану хворого, що виражалось у відсутності клініки або зменшенні функціонального класу (ФК) стенокардії, зменшення потреби в антиангінальних препаратах за умови збереження ефекту стентування.

Критерії функціональної адекватності проведеного аорто-коронарного шунтування (АКШ) у хворих із багатосудинним ураженням коронарних артерій (КА) були менш визначені.

Показники функції кровообігу цієї категорії хворих залишалися основними критеріями адаптації організму до різних видів і умов життєдіяльності, різних фізичних та нервово-психічних навантажень. Обмеження життєдіяльності після реваскуляризації міокарда у 57 % пацієнтів проявлялися зниженням фізичної і психофізіологічної витривалості пацієнта, а також обмеженням тих або інших видів життєдіяльності в повному (нормальному) обсязі. Ознаки ішемії після АКШ чи стентування КА з'являлися внаслідок оклюзії шунта або стента, рестеноза або прогресування атеросклерозу. Ішемія найчастіше виявлялася у вигляді рецидиву симптомів, які виникали до оперативного лікування. Іноді, особливо після хірургічної реваскуляризації, рецидив ішемії виявлявся нетиповими ознаками. Встановлено, що підвищена кількість випадків «німої», безбольової ішемії спостерігається саме у післяопераційних хворих.

Рестеноз після стентування КА, як і раніше, є основною перешкодою для довготривалого клінічного успіху процедури. Клінічний рестеноз слід підозрювати в пацієнтів у разі відновлення стенокардії не пізніше, ніж через 9 місяців після стентування КА. Ангіографічно виявлений рестеноз (часто виявляється як повторний стеноз 50 % і більше) не завжди виявляється клінічно, і частота його появи завжди вища, ніж частота клінічного рестенозу. Розвиток клінічних симптомів у терміни понад 9 місяців після стентування КА частіше буває обумовлено прогресуванням атеросклерозу КА, ніж рестенозом. Пацієнти після виконання АКШ, у яких розвинулася післяопераційна стенокардія, є особливою категорією хворих, яким потрібні ретельна оцінка і лікування. Артеріальні шунти часто залишаються прохідними щонайменше протягом 15 років. Шунти підшкірної вени стегна більш схильні до розвитку атеросклерозу і подальшої оклюзії. Приблизно у 10 % хворих відбувалась оклюзія венозних шунтів протягом перших 2 міс. після операції і ще у 10 % – протягом 1 року після операції. Прохідність венозних шунтів відносно стабільна в терміни від 3 до 5 років, але після 10 років у 40 % обстежених хворих виникла оклюзія. У проведеному дослідженні після операції АКШ у 7,4 % хворих спостерігалася стенокардія протягом першого року, у 32,6 % – після 3 років, і у 64,2 % – після 8 років. Більш того, у багатьох

післяопераційних хворих (31,1%) спостерігалася безболіва ішемія міокарда.

Під час обстеження у хворих і інвалідів унаслідок ІХС для верифікації, оцінки наявності і ступеня вираженості функціональних порушень, були використані параметричні стандарти, що характеризують окремі клінічні і функціональні прояви патології.

Сукупність виділених клініко-функціональних критеріїв дала можливість визначити ступені порушення функції кровообігу та обмеження основних категорій життєдіяльності (пересування, участь у трудовій діяльності і самообслуговування), що є медико-соціальними експертними критеріями для даної категорії хворих. У результаті можливо було зробити висновок щодо ступеня соціальної недостатності у кожного конкретного пацієнта.

Незначні порушення функції кровообігу визначались за нерізка вираженої симптоматики (задишка, серцебиття, біль у ділянці серця, порушення ритму), що виникали за фізичних навантажень високої інтенсивності чи за стресових ситуацій (I ФК стенокардії, СН I ст., I ФК за NYHA). Такі стани спостерігались у хворих молодого або середнього віку, при 1-2 судинному ураженні коронарного русла, своєчасному початку лікування і проведенні повної реваскуляризації міокарда. Лабораторні й інструментальні дослідження з функціональними пробами виявляли незначні відхилення від нормальних показників. Переносимість фізичного навантаження була більш як 600 кгм/хв., споживання кисню – більш як 6 MET. Проба з 6-хвилинною ходою більше як 551 м. Подвійний здобуток – більш як 270 од. (у хворих без АГ та при відміні бета-блокаторів). Реакція на навантаження адекватна – приріст ЧСС більше 15%. Відновлення – через 3 хв. Під час ЕКГ – моніторингу виявлялись рідко легкі порушення ритму, були відсутні епізоди ішемії. Показники ЕхоКГ у нормі чи були несуттєві відхилення. Наявність м'якої чи помірної АГ за адекватної медикаментозної корекції. Мультифокальний атеросклероз із незначними гемодинамічними порушеннями в інших судинних басейнах. Наявність компенсованого цукрового діабету (ЦД) з незначними мікротамакроангіопатичними ускладненнями.

Легкі порушення функції кровообігу рідко призводили до обмежень основних категорій життєдіяльності. Практично повністю була збережена фізична незалежність, мобільність. Незначні порушення функції кровообігу могли привести до обмеження здатності до трудової діяльності I ст. за наявності протипоказаних факторів праці (праця з постійним або епізодично значним фізичним чи нервово-психічним навантаженням, з швидким запрограмованим темпом роботи, робота на конвеєрі, в несприятливих метеорологічних і мікрокліматичних умовах виробничого середовища (висока і низька температури, різкі перепади температури і тиску, значна відносна вологість, запилення приміщення), професійною

шкодою (УВЧ, короткохвильові і променеві установки, вібрація, з дією судинної і нейротропної отрути), що могло б сприяти прогресуванню функціональних порушень.

Помірно виражені порушення функції кровообігу після проведеної реваскуляризації визначались за досить чіткої клінічної симптоматики у відповідь на помірні фізичні або нервово-психічні навантаження (II-III ФК стенокардії, СН ПА ст. переважно із збереженням систолічної функції ЛШ, II ФК за NYHA (на фоні адекватного лікування). Причинами в більшості випадків були: перенесений інфаркт міокарда, неповна реваскуляризація міокарда за дистальної поразки коронарних судин, дифузному характері атеросклеротичного ураження, стенозуванні артерій малого розміру; дисфункції стента або шунта; прогресуванні атеросклеротичного процесу з розвитком значущих звужень у коронарних судинах, що були асоційовані з ЦД, АГ, дисліпідемією, абдомінальним ожирінням. Лабораторні й інструментальні дослідження з функціональними пробами виявляли істотні відхилення від нормальних показників. Переносимість фізичного навантаження була в межах 400–600 кгм/хв, споживання кисню – від 5 до 6 MET. Проба з 6-хвилинною ходою – 550–301 м. Подвійний здобуток складав 220–270 од. (у хворих без АГ та за відміни бета-блокаторів). Під час навантаження не спостерігалось адекватного приросту ЧСС (збільшення менше 15%). Відновлення – пізніше 3 хв. Під час ЕКГ – моніторингу виявлялись порушення ритму і провідності середніх градацій, неадекватні інтенсивності фізичного навантаження, шлуночкові екстрасистоли (ШЕ) 10–29 за годину (парні, пробіжки до 5 комплексів), довготривала постійна форма фібриляції передсердь. Тривалість епізодів ішемії за добового моніторингу складала 1–4%. На ЕхоКГ визначалось збільшення КДО, тенденція до зменшення ФВ < 50%. Індекс локальної скоротливості ЛШ був менше 18±5. Відношення Е/А 1,1–1,6. Наявність АГ II-III ступенів при добовому індексі циркадного коливання АГ < 4%. Мультифокальний атеросклероз з помірними гемодинамічними порушеннями в інших судинних басейнах. Наявність ЦД середньої важкості з помірними порушеннями зорових та/або статодинамічних, та/або функції нирок.

Наявність стійких, помірних порушень функції кровообігу обумовлювала переважно обмеження життєдіяльності I ст.: обмеження до пересування і/або трудової діяльності I ст. за неможливості працювати по основній професії, із збереженням виконання професійної діяльності у звичайних умовах виробничої діяльності в разі зниження кваліфікації чи зменшенні об'ємів виробничої діяльності, і/або самообслуговування I ст.

Обмеження життєдіяльності і соціальна недостатність у цій групі була порушена переважно за рахунок виключення постійних фізичних динамічних та статичних навантажень по підйо-

му, переміщенню, утриманню вантажів, а також роботі, припинення якої може завдати шкоди людям або хворому.

Головними обмеженнями життєдіяльності в цій групі були обмеження здатності до трудової діяльності 1-го ступеня, обмеження здатності самостійно пересуватися 1-го ступеня (за рахунок зниження здатності до великих фізичних навантажень). Самообслуговування необмежене, однак були виключені роботи, котрі пов'язані з тяжким фізичним навантаженням (особливо у мешканців сільської місцевості). Орієнтація, спілкування були без обмежень, однак знижена здатність до участі в швидкому темпі праці за кризових ситуацій. Соціальна недостатність незначна або відсутня. Можлива фізична залежність до епізодичної допомоги в разі виконання робіт зі значними фізичними навантаженнями. У веденні домашнього господарства працездатність обмежена (за рахунок мобільності) – виконуючи роботи, які потребують великих зусиль чи перебування не в фізіологічній позі.

Виражені порушення функції кровообігу визначались за вираженої клінічної симптоматики (III–IV ФК стенокардії, СН ІА ст. із систолічною дисфункцією ЛШ чи ІБ ст., III ФК за NYHA (на фоні адекватного лікування). Причинами таких станів у більшості випадків були: багатосудинне дифузне ураження КА, довготривала гіперперфузія міокарда, виражена дилатація ЛШ, виражене зниження скоротливості міокарда. Визначались чіткі ознаки СН, які виникають уже у спокої і значно посилювались за найменшого фізичного навантаження (задишка, тахікардія, серцебиття, кардіомегалія, збільшення печінки, набряки). Споживання кисню від 3,3 до 4,7 МЕТ. Під час ЕКГ – моніторингу виявлялись порушення ритму і провідності високих градацій. Тривалість епізодів ішемії за добового моніторингу складала 5-10%. На ЕхоКГ визначались збільшення відділів серця, зменшення ФВ ≤ 40%. Індекс локальної скоротливості ЛШ 19–22,5. Відношення Е/А 1,6–1,8. Мультифокальний атеросклероз з вираженими гемодинамічними порушеннями в інших судинних басейнах. Наявність ЦД тяжкого ступеня з вираженими порушеннями зорових та/або статодинамічних функцій, та/або функції нирок.

Виражені функціональні порушення ССС викликали обмеження життєдіяльності і соціальної недостатності у цій групі переважно за рахунок обмеження здатності самостійно пересуватися 1-го чи 2-го ступеня внаслідок виключення тяжких та помірних фізичних навантажень, і як наслідок – обмеження здатності до трудової діяльності 2-го ступеня. Самообслуговування обмежене за рахунок робіт з помірним фізичним навантаженням. Повнота самообслуговування може бути досягнута в результаті адаптації навколишнього середовища, що виключить часті нахили тіла, епізодичне тяжке та помірне навантаження, переселення з верхніх поверхів за відсутності ліфта та ін. Здатність до спілкування

також була помірно обмежена за рахунок стриманої участі із зниженням активності чи обмеженої участі в соціальній діяльності. Контроль за своєю поведінкою збережений, але знижена здатність до участі в помірно прискороженому ритмі роботи, в кризових ситуаціях, в управлінні транспортом. Спілкування обмежується дещо під час загострення хвороби. Соціальна недостатність помірна чи незначна. Є помірна фізична залежність з необхідністю допомоги під час виконання робіт зі значним або помірним фізичним навантаженням. Участь у професійній діяльності значно обмежена за рахунок виключення робіт з помірними фізичними навантаженнями і нервово-психічним напруженням, вимушеним положенням тіла, заданим темпом праці. Показана праця з незначним фізичним та психоемоційним напруженням, без підіймання вантажів, тривалої ходьби, в зручній позі, з вирішуванням простих завдань, з скороченим робочим днем чи в спеціально створених умовах. Навчання і перенавчання можливе за неповного робочого дня. Виражене обмеження соціальної активності. Трудова діяльність можлива тільки в спеціально створених умовах, з використанням допоміжних засобів і/або спеціально обладнаного робочого місця, і/або за допомогою сторонніх осіб і/або вдома.

Значно виражені порушення функції кровообігу визначались за різко вираженої клінічної симптоматики (IV ФК стенокардії, СН ІБ-III ст., IV ФК за NYHA (на фоні адекватного лікування). Причинами таких станів у більшості випадків були: довготривалий анамнез ІХС, похилий вік, ішемічна кардіоміопатія, тотальне зниження скоротливості міокарда. Споживання кисню менше 3 МЕТ. Під час ЕКГ – моніторингу виявлялись тяжкі порушення ритму і провідності (сіноаурикулярна або АВ блокади), ШЕ більше 60 за годину (епізоди шлуночкової тахікардії). Тривалість епізодів ішемії за добового моніторингу більш як 10%. На ЕхоКГ ознаки тотального фіброзу і кальцинозу, акінезії і дискінезії міокарда (індекс локальної скоротливості ЛШ більше 22,5).

Значно виражені порушення серцево-судинної системи викликали обмеження 3-го ступеня до самообслуговування, пересування, інколи орієнтації, обумовлюючи обмеження до трудової діяльності 3-го ступеня. Нерідко були обмеження в спілкуванні і контролі за своєю поведінкою внаслідок змін центральної нервової системи, обумовлених гіпоксичними і гіпоксемічними порушеннями; пацієнти потребували постійного стороннього нагляду. Обмеження життєдіяльності хворих цієї групи формувалося за рахунок значного обмеження здатності самостійно пересуватися 2–3 ступенів унаслідок виключення помірного фізичного навантаження, а також зниження переносимості легких фізичних навантажень. Мобільність була обмежена межами палати, помешкання і близького сусідства. Відповідно до цього суттєво обмежена здатність до трудової діяльності 2-го чи 3-го ступеня.

Самообслуговування значно обмежене (2-го чи 3-го ступеня), є ситуаційна залежність через труднощі з пересуванням поза житловим приміщенням, необхідна допомога сторонніх осіб для задоволення нерегульованих потреб через різні проміжки часу. Орієнтація не була порушена на фоні постійного підтримуючого лікування. Здатність до спілкування була 1-го ступеня у вигляді зниження участі в соціальній діяльності, коли зберігаються в основному контакти з сім'єю, сусідами, друзями. Значні обмеження можуть спостерігатись у хворих за прогресування судинної енцефалопатії. Соціальна недостатність хворих цієї групи значна. Участь у звичайній діяльності суттєво обмежена через виключення всяких робіт, окрім самих легких; членам сім'ї передо-ручається більшість обов'язків по введенню домашнього господарства. Інколи потрібний постійний сторонній догляд. Участь у професійній діяльності значно обмежена, праця можлива в спеціально створених умовах чи вдома. В більшості випадків регулярна трудова діяльність не можлива, в окремих випадках можливі індивідуальні, обмежені заняття вдома.

Наявність цих обмежень життєдіяльності і їхня тяжкість були обумовлені або неповною реваскуляризацією міокарда, або доопераційною дилатацією порожнин серця і дисфункцією ЛШ із збереженням після операції СН і гемодинамічно значущих порушень ритму, низькою толерантністю до фізичних навантажень, неадекватною досягнутому функціональному результату, або супутніми станами на тлі метаболічних порушень з супутньою АГ. При одночасному атеросклеротичному ураженні інших судинних басейнів можливе посилення тяжкості обмежень.

Такі категорії, як навчання (перенавчання), орієнтація, спілкування, контроль за своєю поведінкою у пацієнтів з ІХС, які перенесли реваскуляризацію міокарда, не страждали або порушувалися тією незначущою мірою, яка не впливає на ступінь вираженості їхньої соціальної дезадаптації.

Найхарактернішою особливістю пацієнтів, які піддалися реваскуляризації міокарда, а також усіх хворих на ІХС, є порушення здатності до пересування. Саме дана категорія, разом з участю в трудовій діяльності, найзначущою у разі оцінки результатів кардіохірургічного втручання.

Обмеження здатності самостійно

пересуватися

Обмеження здатності самостійно пересуватися 1-го ступеня (пересування з тривалішою витратою часу, пересування з зупинками і скороченням відстані) спостерігалось в осіб, які мали помірні зміни з боку ССС, що відповідають III ФК стенокардії напруги, СН ІА ст. зі збереженням систолічної функції ЛШ, II ФК за NYHA (на фоні адекватного лікування), при 3-4 – судинному ураженні коронарного русла або стовбура ЛКА; неповної реваскуляризації міокарда; дистальному (мікросудинному) типі ураження коронарного русла; дисфункції та/або рестенозі стен-

тів, шунтів; наявності невеликих розмірів аневризми серця, тромбів у порожнині ЛШ та інших ускладнень ІХС; наявності післяопераційних ускладнень; шунтуванні в інших судинних басейнах; наявності супутніх захворювань, що обтяжують перебіг основного і призводять до синдрому взаємного обтяження в межах однієї або декількох категорій життєдіяльності.

Обмеження здатності пересуватися 2-го ступеня (самостійно пересуватися з використанням допоміжних засобів та/ чи за допомогою інших осіб) характеризується вираженим зниженням швидкості, темпу ходьби, різким скороченням відстані пересування переважно в межах квартири. Спостерігається в осіб, які мають виражені зміни з боку серцево-судинної системи, III-IV ФК стенокардії, СН ІА ст. із систолічною дисфункцією ЛШ чи ІБ ст., III ФК за NYHA (на фоні адекватного лікування). Визначались чіткі ознаки недостатності кровообігу, що виникали вже у спокої і значно посилювались за найменшого фізичного навантаження (задишка, тахікардія, серцебиття, застійні зміни в легенях, кардіомегалія, збільшення печінки, набряки). Дані показники характерні для хворих при багатосудинному ураженні коронарного русла або стовбура лівої коронарної артерії; довготривалому анамнезі ІХС з формуванням ішемічної кардіоміопатії; за неповної реваскуляризації міокарда; наявності аневризми серця, аорти, тромбів у порожнині ЛЖ та інших ускладнень ІХС; шунтування в інших судинних басейнах; наявності супутніх захворювань у розгорнутій або термінальній стадії, що обтяжують перебіг основного і призводять до синдрому взаємного обтяження в межах однієї або декількох категорій життєдіяльності.

Обмеження здатності пересуватися 3-го ступеня (нездатність самостійно пересуватися та повна залежність від інших осіб) як результат реваскуляризації міокарда у хворих на ІХС зустрічається нечасто і пов'язаний з прогресуючою СН (СН ІБ-III ст., IV ФК за NYHA на фоні адекватного лікування) і важкими порушеннями ритму в разі неефективної операції на фоні дилатації порожнин серця, незворотних змін міокарда, неефективній реваскуляризації, ранніх тромбозах шунтів або стентів з розвитком повторних з зубцем Q інфарктів міокарда. Стан хворих погіршується з наявністю супутніх захворювань (у першу чергу – ЦД) у термінальних стадіях, що обтяжують перебіг основного і призводять до синдрому взаємного обтяження в межах однієї або декількох категорій життєдіяльності.

Обмеження здатності

самообслуговування

Обмеження здатності самообслуговування 1-го ступеня (здатність самообслуговування з використанням допоміжних засобів) проявляється, в основному, в труднощах під час виконання щоденних завдань, спостерігається в разі виражених порушень, що спостерігаються при

клініко-функціональному обстеженні, СН II А-Б стадії.

Обмеження здатності до самообслуговування 2-го ступеня припускає часткову допомогу інших осіб; таке обмеження обумовлено наявністю значно виражених порушень з боку ССС, прогресуючої серцевої недостатності II Б – III стадій.

Обмеження здатності до самообслуговування 3-го ступеня в осіб, які страждають на ІХС, що перенесли коронарне шунтування, спостерігається рідко (в разі прогресуючої СН III стадії і неможливості виконання будь-якого фізичного навантаження) і призводить до повної залежності хворого від інших осіб.

Обмеження здатності брати участь у трудовій діяльності

Одним з основних показників, що характеризують соціальну дезадаптацію хворих ІХС після реваскуляризації міокарда є обмеження здатності брати участь у трудовій діяльності. Дана категорія формується з комплексу таких професіографічних критеріїв:

– визначення здатності виконання робіт, передбачених професійною належністю;

– визначення здатності виконувати професійну працю залежно від тяжкості і напруженості;

– визначення здатності виконувати професійну працю в умовах, передбачених професійною належністю, організацією праці, встановленою технологією;

– визначення можливості дозувати часом дію несприятливих чинників виробничого середовища;

– визначення можливості виключення дії несприятливих чинників робочого середовища засобами індивідуального захисту;

– визначення здатності до виконання робіт з урахуванням тривалості робочого дня;

– визначення здатності виконувати професійну працю в спеціально організованих умовах;

– визначення реабілітаційного потенціалу для відновлення професійної працездатності.

Оцінка професійної працездатності і прогнозування її відновлення у хворого залежать від його можливості продовжувати роботу в своїй професії без обмежень, з обмеженнями об'єму професійних дій або зниженням кваліфікації, а в разі втрати професії – від можливості підбору нової професії, що рівноцінна втраченій, для раціонального працевлаштування.

Виходячи із загальних положень визначення ступеня функціональної і соціальної адаптації хворих ІХС, які перенесли реваскуляризацію міокарда, можна дати диференційовану характеристику такій категорії обмеження життєдіяльності як участь у трудовій діяльності.

Незначне обмеження участі в трудовій діяльності визначається:

– зберігаючи здатність виконання роботи в своїй професії за незначних змін характеру і умов праці; неможливості оптимізації режиму

праці (звільнення від додаткових навантажень, виїздів у відрядження, нічних змін, 12–24 годинних чергувань); можливості переведення з несприятливих умов праці в звичайні;

– збереження здатності виконувати іншу, рівноцінну за кваліфікацією професію, без необхідності перенавчання (в разі втрати основної професії).

Формується під час виявлення незначних порушень ССС після проведеної реперфузійної терапії; високих показниках психологічного тестування.

Для обмеження участі в трудовій діяльності 1-го ст. характерна здатність до виконання професійної діяльності в звичайних виробничих умовах за:

– зниження кваліфікації або зменшення об'єму виробничої діяльності;

– збереження здатності працювати в своїй професії із значним зниженням (звуженням) об'єму робіт за допомогою: підбору і закріплення окремих видів показаних робіт з переліку посадових обов'язків і кваліфікаційних вимог, передбачених професією; зміни (зниження) категорії посади або категорії кваліфікації для фахівців, працівників виробничої сфери, для керівників – зниження рівня управління; скорочення загальної тривалості робочого часу працівника;

– необхідності оснащення робочого місця спеціальними пристосуваннями, устаткуванням та ін. для збереження здатності до професійної діяльності в своїй професії або іншій, рівнозначній їй.

Даний ступінь виявляється за помірних порушень функції ССС після проведеного втручання по реваскуляризації міокарда, високих і середніх показниках психологічного тестування.

Обмеження участі в трудовій діяльності 2-го ст. полягає в здатності виконувати трудову діяльність у звичайних виробничих умовах з використанням допоміжних засобів і (або) за допомогою інших осіб, роботу в спеціально створених умовах за рахунок:

– зміни технологічних процесів і застосування спеціальних пристосувань для використання залишкової працездатності;

– зміни (зниження) нормування праці;

– організації робочого місця вдома;

– залучення сторонньої допомоги для організації і виконання робіт (у тому числі сприяння в проїзді до місця роботи і назад та ін.).

Має місце у осіб з вираженими порушеннями функції ССС, середніми показниками психологічного тестування.

Обмеження участі в трудовій діяльності 3-го ст. характеризується неспроможністю або неможливістю трудової діяльності, спостерігається в разі значних порушень функції системи кровообігу.

Таким чином, вищевведені обмеження життєдіяльності, що, в першу чергу, обумовлені функціональними порушеннями ССС, як соціальні наслідки порушення здоров'я призводять

у тому або іншому ступені до обмеження: фізичної незалежності; здібності займатися трудовою професійною діяльністю; економічної самостійності і здатності інтеграції в суспільство, а отже, до соціальної дезадаптації.

Критерії тимчасової непрацездатності

В ранні терміни після проведеного втручання тривалість тимчасової непрацездатності повинна визначатися диференційовано, виходячи з оцінки даних анамнезу, експертно-реабілітаційної, психологічної діагностики, наявності і тяжкості ускладнень, ефективності та методу відновного лікування, умов праці.

Результати проведеного дослідження свідчать, що хворі, які перенесли стентування чи АКШ, мають неоднаковий потенціал відновлення. Післяопераційна травма нижніх кінцівок, грудної клітки та пов'язане з цим порушення функції зовнішнього дихання, знижують можливість раннього підвищення перенесення фізичних навантажень у хворих після АКШ. Толерантність же до фізичних навантажень у хворих після ефективного стентування підвищувалась у багатьох випадках (69,2%) уже в ранні строки після малотравматичного ендovasкулярного втручання. Психологічні порушення, які були виявлені в групі АКШ, порівняно з групою хворих після стентування, теж були більш значущими, що в більшості випадків пов'язано з тяжким станом пацієнтів та травматичністю проведеного втручання.

Таким чином, у хворих після стентування КА за сприятливого післяопераційного перебігу захворювання (ефективної реvascularизації, уразці 1-2 коронарних артерій, відсутності будь-яких значних ускладнень, проявів СН, супутніх обтяжуючих станів, відсутності інвалідності до операції, стійкому антишемічному ефекту операції, коли можливе повернення до роботи, доцільно продовження листка непрацездатності до 4 місяців чи інколи довше для завершення заходів фізичної реабілітації і психологічної адаптації до повного або часткового відновлення працездатності, що сприятиме профілактиці інвалідності і поверненню до праці даної категорії осіб.

Якщо у хворих після АКШ тимчасова непрацездатність склала чотири міс., за ефективної реvascularизації, за відсутності інвалідності до операції, відносно сприятливому фону захворювання, в разі незакінченого лікування хірургічних післяопераційних станів, можливо продовження листка непрацездатності для зниження тяжкості інвалідності.

Для хворих з невизначеним клінічним прогнозом (реvascularизація за множинної поразки вінцевих артерій, ускладненій ІХС, наявності стенокардії напруги, СН I – II ст., що зберігається після ендovasкулярного чи хірургічного втручання, гемодинамічно значущих поразках артерій інших басейнів – судин головного мозку, кінцівок) або зайнятих у професіях з протипоказаними видами праці тимчасова непрацездатність не повинна перевищувати 4 місяців із по-

дальшим направленням на МСЕК для визначення інвалідності.

Критерії встановлення груп інвалідності у хворих після реvascularизації міокарда

Підставою для визначення інвалідності хворим на ІХС після реvascularизації міокарда є помірні, виражені і значні обмеження життєдіяльності, що викликані порушеннями функції ССС та зберігаються на фоні адекватного підтримуючого лікування.

Інвалідність III групи призначають хворим:

– після ефективної реvascularизації, з незначними порушеннями стану ССС за наслідками клініко-функціонального обстеження, зайнятими в професіях з протипоказаними видами праці (обмеження працездатності I-го ступеня);

– після ефективної реvascularизації, з помірними порушеннями стану серцево-судинної системи за наслідками клініко-функціонального обстеження та з обмеженими можливостями трудової діяльності в доступних професіях (обмеження працездатності I-го ступеня, обмеження самостійного пересування I-го ступеня);

Інвалідність II групи визначають у хворих з обмеженням здатності пересування та/або самообслуговування, та/або участі в трудовій діяльності 2-го ступеня в таких випадках:

– у разі виражених і значно виражених порушеннях функції ССС на фоні постінфарктного ремоделювання серця, наявності значних зон асінергії, в тому числі після резекції, пластики постінфарктної аневризми із прогресуванням СН, коли здатність виконувати трудову діяльність можлива тільки у спеціально створених умовах з використанням допоміжних засобів чи за допомогою інших осіб;

– у хворих за відсутності динаміки клінічного поліпшення на фоні ускладненого перебігу ІХС, прогресуванні СН після неповної реvascularизації чи дисфункції шунта або стента, та необхідності в реоперації;

– після тромбоемболічних ускладнень з вираженими наслідками;

– у разі післяопераційних ускладнень, що вимагають тривалого лікування у тому числі і повторних операцій, гнійних ускладнень (остеомиєліт, медіастиніт, перикардит).

У хворих, яким була призначена II група, за сприятливого перебігу пізнього постінфарктного ремоделювання і за відсутності повторних коронарних подій, після ефективного реперфузійного втручання ступінь обмеження життєдіяльності і реабілітаційний потенціал повинні бути переглянуті.

Ухвалення експертного рішення базується як на оцінці кожної категорії обмеження життєдіяльності, так і їхньої сукупності. При цьому обов'язково враховується ступінь впливу супутньої патології на ступінь вираженості обмежень життєдіяльності в рамках кожної категорії. Як правило, інвалідність I-ї групи для даної категорії хворих не встановлюється.

Реабілітаційний потенціал і реабілітаційний прогноз

Для визначення перспектив і напрямків реабілітаційних заходів, що рекомендуються інваліду, ключову роль відіграє визначення реабілітаційного потенціалу і реабілітаційного прогнозу.

Високий реабілітаційний потенціал (хворого на ІХС після ревазуляризації міокарда) припускає повне або майже повне відновлення працездатності в процесі проведення реабілітаційних заходів.

Оцінка категорій життєдіяльності: пересування – 0, 1 ступені; самообслуговування – 0, 1 ступені; участь в трудовій діяльності – 0, 1 ступені; здатність навчатися, перенавчатися – 0, 1 ступені. Такі показники є об'єктивними критеріями сприятливого клінічного і трудового прогнозу і допустимі для хворих із різними видами трудової діяльності. До цієї категорії можна віднести хворих на ІХС молодого та середнього віку, ураженням 1-2, чи інколи 3 коронарних артерій, проведеною ефективною ревазуляризацією, проявів СН не вище І ст., супутніми гемодинамічно незначущими порушеннями в інших судинних басейнах на тлі ЦД в стадії компенсації та/чи АГ, що ефективно піддається медикаментозній корекції.

Середній реабілітаційний потенціал відображає можливість часткового відновлення здатності працювати за прогнозування збереження легких порушень функції у разі неповного професійного відновлення; можливе повернення до роботи в звичайних виробничих умовах за рахунок підбору професії більш низької кваліфікації або зниження об'єму, освоєння нової професії після перенавчання. Оцінка основних категорій життєдіяльності: пересування – 1, 2 ступені; самообслуговування – 0, 1 ступені; участь у трудовій діяльності – 1, 2 ступені. Дані показники свідчать про менш сприятливий клінічний і трудовий прогноз. До цієї категорії можна віднести хворих на ІХС середнього чи старшого віку, з перенесеним Q ІМ передньої стінки ЛШ, багатосудинною поразкою КА, проведеною ефективною, однак не повною ревазуляризацією, з проявами ШФК стенокардії, СН ІА ст. без систолічної дисфункції чи наявністю систолічної дисфункції, що зменшується після реперфузії та медикаментозного лікування, супутніми гемодинамічно значущими порушеннями в інших судинних басейнах на тлі ЦД у стадії субкомпенсації чи декомпенсації та/або АГ 2-го або 3-го ступеня, що піддається частковій медикаментозній корекції.

В разі низького реабілітаційного потенціалу прогнозується повернення до роботи тільки в спеціально створених умовах, передбачається можлива відсутність або незначний результат під час проведення реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення конкретного виду життєдіяльності. Основні категорії життєдіяльності: пересування – 2, 3 ступені; самообслуговування – 2 ступінь; участь у трудовій діяльності – 3 ступені. До цієї категорії можна віднести хворих на

ІХС старшого віку, з довготривалим анамнезом ІХС, з перенесеним Q ІМ передньої стінки ЛШ чи декількома, формуванням ішемічної кардіоміопатії та тлі багатосудинної поразки КА, дилатації порожнин лівих відділів серця, проведеної неефективної чи ефективної, однак не повної ревазуляризації, з проявами Ш – IV ФК стенокардії, СН ІА ст. зі стійкою систолічною дисфункцією чи СН ІБ ст., що піддається медикаментозній корекції, супутніми гемодинамічно значущими порушеннями в інших судинних басейнах.

Таким чином, правильна експертно-реабілітаційна тактика стосовно хворих ІХС після ревазуляризації міокарда дасть можливість значній кількості пацієнтів повернутися до показаних видів праці. Все це має значний економічний ефект у кожному конкретному випадку, що особливо важливо у зв'язку з тим, що збільшується щорічно кількість ендovasкулярних та кардіохірургічних втручань по ревазуляризації міокарда.

Запропоновані сучасні підходи до визначення об'єктивних критеріїв обмеження основних категорій життєдіяльності та встановлення груп інвалідності у хворих ІХС, які перенесли оперативні чи ендovasкулярні втручання на серці, допоможе оптимізації роботи лікаря-експерта, об'єктивізації процесу винесення експертного рішення та попередженню експертних помилок під час огляду даного контингенту на МСЕК.

Література

1. Кнышов Г. В. Кардиохирургия в Украине: прошлое, настоящее, будущее / Г. В. Кнышов // Серце і судини. – 2003. – № 1. – С. 8–14.
2. Крюков Н. Н. Ишемическая болезнь сердца (современные аспекты клиники, диагностики, лечения, профилактики, медицинской реабилитации, экспертизы) / Н. Н. Крюков, Е. Н. Николаевский, В. П. Поляков. – Самара, 2010. – 651 с.
3. Островский Ю. П. Хирургия сердца / Ю. П. Островский. – М.: Мед. литература, 2007. – 576 с.
4. Бокерия Л. А. Методы ревазуляризации при стабильном течении стенокардии (сравнение выживаемости, частоты развития инфаркта миокарда, повторных ревазуляризаций, облегчения симптомов стенокардии) / Л. А. Бокерия, И. Н. Ступаков, И. В. Самородская // Грудная и сердечная хирургия. – 2005. – № 5. – С. 44–54.
5. Соколов Ю. М. Коронарна хвороба – сучасні інвазивні підходи в лікуванні / Ю. М. Соколов // Вибрані лекції Української кардіологічної школи: Поєднання серцево-судинних та інших хвороб внутрішніх органів: визначення пріоритетів лікування та попередження ускладнень. – К.: Максимов, 2005. – С. 114–131.
6. Основні принципи стандартизації в охороні здоров'я та медико-соціальної експертизи / В. В. Маруніч, А. В. Іпатов, О. В. Сергієні [та ін.] // Науково обґрунтовані рекомендації по обстеженню та відновному лікуванню хворих і інвалідів у прак-

тиці медико-соціальної експертизи. – Дніпропетровськ: Пороги, 2006. – 284 с.

7. Про становище осіб з інвалідністю в Україні. Національна доповідь / Міністерство соціальної

політики України ДУ науково-дослідний інститут соціально-трудова відносин. – Київ, 2013 – 198 с.



УДК 616-036.86+616.147.3

ДИНАМІКА ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ЗАХВОРЮВАНЬ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК В УКРАЇНІ ЗА 2014 РІК

О. В. Косинський, Д. Л. Бузмаков

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Резюме. В статті представлено результат дослідження стану та динаміки інвалідності внаслідок захворювань вен нижніх кінцівок в Україні в 2014 році. Так в 2014 році відбулося зниження на 22,8 % первинної інвалідизації внаслідок захворювань вен нижніх кінцівок трудоспособного віку в структурі захворювань периферических судин. Доля первинно визнаних інвалідів трудоспособного віку складала 93,0 %, повторно – 96,4 %. По результатам аналізу визначено підвищення рівня первинної інвалідності серед осіб молодого віку в 1,8 рази з венозними тромбозами, в 1,2 рази – посттромботичною хворобою. В 1,3 рази збільшився рівень накопленої інвалідності внаслідок венозної тромбоемболії. На даний момент залишаються нерешеними питання ефективної реабілітації інвалідів внаслідок захворювань вен нижніх кінцівок.

Ключевые слова: захворювання вен нижніх кінцівок, посттромботична хвороба, інвалідність.

Summary: The article presents the results of investigation of the dynamics and state of disability due to diseases of the veins of the lower extremities in Ukraine in 2014. The primary disability due to diseases of the veins of the lower extremities in working age structure of peripheral vascular disease was decreased of 22,8 % in 2014. Percentage of initially recognized disabilities of working age was 93,0 %, re-recognized – 96,4 %. The analysis determined enhance primary disability among young adults 1,8 times due to venous thrombosis, 1,2 times due to post-thrombotic disease. Level of accumulated disability due to venous thromboembolism increased 1,3 times. Questions of effective rehabilitation of disabled persons due to diseases of veins of the lower extremities remain unresolved currently.

Keywords: vein diseases of the low extremities, postthrombotic disease, disability.

Вступ. Захворювання вен нижніх кінцівок за рівнем інвалідизації населення не поступаються патології периферических артерій і становлять вагому медичну і соціальну проблему, яка потребує вирішення на всіх рівнях надання медичної допомоги [1]. Останнім часом епідеміологія венозної тромбоемболії потребує переогляду і вважається, що тромбоз глибоких вен і емболія легеневої артерії мають схожі фактори ризику та патофізіологічні особливості з атеротромбозом [2].

Венозний тромбоемболізм виникає у 1,12 млн. пацієнтів на рік і залишається однією з важливих медичних проблем у країнах Європейського союзу. У 61 % виникає тромбоз глибоких вен, який у 49 % пацієнтів призводить до летальних випадків [3]. У США щорічно більш ніж у 200 тис. осіб діагностуються венозні тромбози, з яких у 50 тис. асоціюється з тромбоемболією легеневої артерії. Частота

тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок у США складає 1 %, а випадків, що потребували госпіталізації, – 600 тис. пацієнтів на рік [4].

Тромбози глибоких вен частіше зустрічаються в осіб середнього віку, до того ж частота ретромбозів у перші три місяці після тромбозу виникає майже в половині випадків. Післятромботична хвороба після проксимального тромбозу глибоких вен через два роки навіть за умов лікування розвивається у 25–50 % пацієнтів, а через 7–10 років – у 70–90 % [5]. Тяжкі форми ПТХ із трофічними виразками діагностуються у 5–10 % пацієнтів після ТГВ і призводять до обмеження життєдіяльності [6].

Результати проведеного порівняльного аналізу показників інвалідності захворювань вен нижніх кінцівок дають можливість визначити напрямки підвищення ефективності заходів медичної реабілітації.