

УДК 616-036.86:616.12-089

Методологічні підходи до експертно-реабілітаційного обстеження хворих на ішемічну хворобу серця після втручань по реваскуляризації міокарда

О.М. Лисунець, І.Я. Ханюкова, О.В. Танцура, Ю.В. Ткаченко

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

Резюме

В статті розглянуті основні питання медико-експертної діагностики у больних ИБС, перенеслих втручання по реваскуляризації міокарда. Визначені методологічні підходи клініко-експертного обстеження, соціальної захисту та реабілітаційних заходів цього контингенту больних.

Ключевые слова: медико-соціальна експертиза, ИБС, реваскуляризація міокарда.

Resume

In the article basic questions of medical and expert diagnostics in patients with coronary disease who undergo intervention for revascularization reviewed. Methodological approaches to clinical expert examination, social protection and rehabilitation of this patients are determined.

Key words: medical and social assessment, CAD, revascularization.

Реваскуляризація міокарда у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) є визнаним засобом лікування прогресуючих і резистентних до медикаментозного лікування форм коронарної недостатності. При проведенні медико-соціальної експертизи ефективно оперативне лікування ІХС повинне розцінюватися не як факт, що обтяжує стан хворого, а як чинник сприятливого реабілітаційного прогнозу [1-4].

Для ухвалення правильного експертного рішення, адекватного до ситуації, що склалася для окремого хворого, необхідно виконувати ряд заходів:

- оцінити клініко-функціональний стан пацієнта, ступінь впливу і прогностичну значущість поведінкових, психологічних і соціальних чинників на перебіг захворювання і динаміку стану здоров'я па-

цієнта;

- оцінити основні категорії обмеження життєдіяльності: пересування, участь у трудовій діяльності, самообслуговування і ступінь їх вираженості;

- визначити потенціал компенсаторних можливостей пацієнта;

- визначити потребу в реабілітаційних заходах та скласти індивідуальну програму реабілітації.

У щоденній практиці винесення адекватного медико-експертного висновку та визначення прогнозу життя хворих на ІХС, яки перенесли втручання по реваскуляризації міокарда, залишається складною і до кінця не вирішеною проблемою. Питання про вибір тактики клініко-експертного обстеження, соціального захисту та реабілітаційних заходів для цієї категорії

хворих потребує розробки алгоритму виконання послідовних маніпуляцій для стандартизації даного процесу.

Мета дослідження – визначення методологічних підходів до клініко-експертного обстеження, соціального захисту та реабілітаційних заходів у хворих на ІХС, які перенесли втручання по реваскуляризації міокарда.

Матеріал і методи.

Проведено клініко-функціональне та психологічне обстеження 118 хворих на ІХС після втручань по реваскуляризації міокарда, які були визнані інвалідами. 60 хворих – після стентування коронарних артерій та 58 хворих після АКШ, середній вік склав 54,3+ 6,3 року. Відповідно до поставлених задач була застосована система обстеження хворих: добове моніторування електрокардіограми, варіабельність серцевого ритму, артеріального тиску; доплер ехоКГ, спірографія, велоергометрія, доплерографія магістральних артерій; біохімічні, рентгенологічні обстеження; психологічні методи, утворення комп'ютеризованої системи інформаційної бази даних, методи математичної статистики. Для суб'єктивної оцінки наявності обмежень життєдіяльності використовувалась анкета «Якість життя хворих на ІХС», де хворі виступали як респонденти. Даний опитувальник заповнювався хворим самостійно.

Результати та обговорення.

Аналіз отриманих відповідей на питання анкети дав можливість розподілити

хворих на декілька груп у залежності від виду та ступеня обмеження життєдіяльності.

До першої групи були віднесені анкети, в яких відмічені помірні чи значні порушення пересування та самообслуговування – 37 пацієнтів (31,0%). До другої групи віднесені анкети осіб з визначенням помірних чи легких порушень при пересуванні та працездатності – 28 (24,0%). До третьої групи віднесені анкети пацієнтів з визначенням тільки порушень працездатності – 35 (30,0%). До четвертої групи віднесені анкети без будь-яких обмежень – 18 (15,0 %) пацієнтів.

За результатами проведеного аналізу були виділені основні фактори, що обумовлювали перебіг хвороби після реваскуляризації міокарда (таблиці 1-3).

У хворих на ІХС, які були віднесені до 1-ї групи та мали значні прояви порушення життєдіяльності, не дивлячись на проведену реваскуляризацію, зберігається зниження толерантності до фізичних навантажень, прояви СН, що пов'язані з давністю перебігу хвороби, віком пацієнта, розвитком ішемічної кардіоміопатії, зниженням коронарного резерву. У хворих на ІХС, які були віднесені до 2-ї групи, разом з позитивним результатом реваскуляризації спостерігається наявність супутніх метаболічних порушень, що включають в себе сполучення АГ, порушення вуглеводного та ліпідного обмінів, прогресування атеросклеротичного процесу.

У хворих на ІХС, які були віднесені до 3-ї групи, разом з позитивним результатом ревазуляризації спостерігається психологічна дезадаптація, що проявляється різ-

ними психопатологічними реакціями.

Хворі, яких було віднесено до 4-ї групи, не відмічали порушень у життєдіяльності.

Таблиця 1

Фактори, що обумовлюють обмеження життєдіяльності у хворих 1-ї групи

Фактори	Обумовленість регресійної залежності обмеження життєдіяльності, %
Перенесений передній ІМ в анамнезі	45,7
Багатосудинне ураження КА	28,1
Перенесене АКШ або стентування	23,0
Стенокардія	21,5
Незадовільні результати ВЕМ	19,8
Ішемія при добовому моніторингу ЕКГ	19,6
КСО > 90	17,2
КДО > 145 мм	11,9
ФВ ЛШ < 50%	11,3
ШЕ в спокої	9,9
QT > 430 мс	7,8
Відстань при проведенні 6- хвилинного тесту < 300 м	7,7
Вік > 59 років	3,7

Таблиця 2

Фактори, що обумовлюють обмеження життєдіяльності у хворих 2-ї групи.

Фактори	Обумовленість регресійної залежності обмеження життєдіяльності, %
Багатосудинне ураження КА	44,7
Наявність АГ III ступеня	40,3
Добовий індекс циркадного коливання АГ < 4%	32,9
Наявність ЦД	29,1
Ішемія при добовому моніторингу ЕКГ	14,7
ЕКГ ознаки перенесеного ІМ	11,6
Дисліпідемія	9,9
УЗДГ ознаки ураження інших судинних басейнів	8,7

Таблиця 3

Фактори, що обумовлюють обмеження життєдіяльності у хворих 3-ої групи

Фактори	Обумовленість регресійної залежності обмеження життєдіяльності, %
1	2
Рівень тривоги	37,5
Характеристика стереотипу поведінки	33,4

1	2
Тип відношення до хвороби	24,1
Багатосудинне ураження КА	23,9
ЕКГ ознаки перенесеного ІМ	14,6
Стенокардія	14,0
Вік	9,5
Дисліпідемія	7,6

Таким чином, клініко-експертна діагностика при першому варіанті перебігу хвороби, який характеризувався до оперативного втручання перенесеним ІМ, клінічною картиною резистентною до медикаментозного лікування стенокардією, СН і кардіомегалією, повинна бути спрямована на визначення ступеня покращання скоротливої здатності міокарду та толерантності до фізичних навантажень після проведеної реваскуляризації. Як правило, причиною розвитку СН у хворих на ІХС є незворотне пошкодження міокарда. Проте, як виявилось, у досить великому відсотку випадків за даними наукових джерел вона обумовлена хронічною гіперфузією тканин, і після реперфузії скоротлива здатність такого міокарда може бути покращена.

Функція міокарда і прогноз її відновлення багато в чому залежать від співвідношення зон фіброзу і зон "сплячого" міокарду. Враховуючи це, тяжкість стану не виключає перегляду питання про визначення ступеня порушення життєдіяльності у хворого після стабілізації захворювання в більш пізніші терміни. Проведення стандартного обстеження цих хворих (за діагностичною програмою клінічного прото-

колу «Надання медичної допомоги хворим із ІХС: стабільною стенокардією напруження III – IV ФК» з доповненнями діагностичної програми по клінічному протоколу «Надання медичної допомоги хворим із хронічною серцевою недостатністю» достатнє для визначення ступеня обмеження життєдіяльності та стратифікації ризику виникнення подальших кардіальних подій.

У хворих 2-ї групи перебіг ІХС характеризувався відсутністю виражених порушень скоротливої здатності міокарда при наявності суттєвих метаболічних порушень у сполученні з АГ. Такі хворі при задовільних результатах обстеження серцево-судинної системи потребують більш поглибленого додаткового обстеження, що включає обстеження інших судинних басейнів (УЗДГ судин голови, кінцівок, черевного відділу аорти), визначення тяжкості проліферативної діабетичної ретинопатії та стадії нефропатії (наявність альбумінуриї, зниження швидкості клубочкової фільтрації).

Аналіз проведених обстежень хворих цієї групи дозволив виділити дві підгрупи:

а) хворі без помірних та тяжких макро-

чи мікрovasкулярних ускладнень – 19 (68,2%) хворих;

б) хворі з помірними чи тяжкими макро - чи мікрovasкулярними ускладненнями 9 (31,8%) хворих.

Хворі на ІХС, які ввійшли до 3-ї групи, характеризувалися задовільними результатами обстеження стану серцево-судинної системи після проведеної реvascularизації міокарда і легкими метаболічними порушеннями, але мали суттєві прояви психологічної деадаптації. Проведений аналіз суб'єктивної оцінки порушень переусування, самообслуговування та трудової діяльності не виявив залежності з отриманими у них даними фізичної працездатності (потужність перенесеного навантаження, відстань при проведенні тесту з 6-хвилинною ходьбою, результати подвійного здобутку, розраховане число MET) та результатами добового моніторингування ЕКГ, АГ, показниками ЕхоКГ. Проте при проведенні психологічного обстеження у цих хворих були виявлені порушення в рівнях реактивної і особистісної тривоги, нервово-психічного стану, самооцінки, мотиваційної складової. Тобто, дана група хворих потребувала проведення більш поглибленого психологічного обстеження з подальшою корекцією виявлених психопатологічних реакцій.

До четвертої групи були віднесені хворі без ведучого синдромукомплексу. При проведенні психологічного та клініко-функціонального обстеження були вияв-

лені несуттєві зміни, проте відмічено позитивне відношення до факту встановлення інвалідності.

Таким чином, проведений аналіз дозволив нам на підставі розподілу хворих за перебігом ІХС після реvascularизації міокарда удосконалити існуючі принципи клініко-експертної діагностики даної категорії хворих:

1. Особливістю методики клініко-експертного обстеження хворих з переважанням синдрому із зниженою скоротливою здатністю ЛШ повинно бути визначення ступеня покращання скоротливої здатності міокарда та толерантності до фізичних навантажень після проведеної реvascularизації, визначення потенціалу компенсаторних можливостей пацієнта та проведення стратифікації ризику подальших ускладнень ІХС. У хворих цієї групи реабілітаційний потенціал низький або сумнівний.

2. У хворих з переважанням клінічної картини прогресування атеросклеротичного процесу на тлі метаболічних порушень у поєднанні з АГ особливістю клініко-експертного обстеження, поряд зі стандартним обстеженням серцево-судинної системи, є необхідність обстеження інших судинних басейнів, визначення характеру перебігу та ступеня ускладнень АГ та ЦД. Реабілітаційний потенціал визначається в залежності від ступеня впливу макро- чи мікрovasкулярних ускладнень на життєдіяльність хворого.

3. Хворі з переважанням синдрому

психологічних порушень та задовільними даними обстеження серцево-судинної системи потребують поглибленого психологічного обстеження та їх корекції. Реабілітаційний потенціал високий.

4. Хворі без ведучого синдрому комплексу потребують стандартного клініко-експертного обстеження при даній патології. У цих хворих не виявлено обмежень життєдіяльності. Реабілітаційний потенціал високий, що припускає повне відновлення працездатності в процесі проведення реабілітаційних заходів.

Література:

1. Шабалин Б.В. Прошлое, настоящее и будущее в хирургическом лечении ишемической болезни сердца/ Б.В. Шабалин // *Анналы РНЦХ РАМН.* – 1998. - №7. –

С. 159-162.

2. Кнышов Г.В. Кардиохирургия в Украине: прошлое, настоящее, будущее/ Г.В. Кнышов // *Серце і судини.* – 2003. – №1. – С. 8-14.

3. A Clinical Trial Comparing Primary Coronary Angioplasty with Tissue Plasminogen Activator for Acute Myocardial Infarction. The Global Use of Strategies To Open Occluded Coronary Arteries in Acute Coronary Syndromes (GUSTO IIb) Angioplasty Substudy Investigators // *N. Engl. J. Med.* – 1997. – Vol. 336. – P. 1621.

4. Andersen H.R. A comparison of coronary angioplasty with fibrinolytic therapy in acute myocardial infarction/H.R. Andersen, T.T. Nielsen, K. Rasmussen et al. // *N. Engl. J. Med.* – 2003. – 349. – P. 733-742.



УДК 616.8-085.851-056.24

Психопатология и патопсихология инвалидности

С.М. Мороз

ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», г. Днепропетровск

Резюме

В статті представлено нове вирішення наукової проблеми підвищення ефективності реабілітації інвалідів з хронічними соматичними захворюваннями за рахунок включення в комплекс діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів психотерапевтичного впливу на психологічну складову реабілітаційного потенціалу інваліда на всіх етапах реалізації індивідуальної програми реабілітації.

Ключові слова: психологічна складова реабілітаційного потенціалу, психодіагностика, медико-соціальна експертиза.

Summary

In this article presents a new solution of scientific problems of increasing the effectiveness of rehabilitation of disabled persons with chronic medical conditions by including a set of diagnostic,