

Враховуючи пріоритетні завдання медико-соціальної експертизи на сьогодні та результати звіту оцінкової Місії Всесвітньої організації охорони здоров'я з питань реабілітації в Україні, можна окреслити коло проблем, вирішення яких потрібно реалізовувати в 2017 році:

- розроблення інноваційних підходів до організації та проведення медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів з урахуванням положень Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я; негайне внесення змін у законодавчу та нормативно-правову базу України в галузі реабілітації;
- впровадження в Україні фундаментальних принципів сучасної реабілітаційної допомоги шляхом офіційної імплементації в країні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я;
- ініціація реформування системи надання реабілітаційної допомоги, введення уявлення про

реабілітаційну послугу та перехід планування заходів реабілітації за принципами пацієнт-центричності та ціль-спрямованості;

- надання якісної медико-експертної та комплексної реабілітаційної допомоги населенню України, особливо учасникам антитерористичної операції, створення належних умов для інтеграції їх у суспільство;
- реформування статистичної звітності щодо роботи галузі відповідно до вимог статистичних звітів ВООЗ щодо стану інвалідів у світі.

Також потрібно підвищити якість, об'єктивність, доступність і ефективність медико-соціальної експертизи і реабілітаційних послуг, привести принципи і механізми їх здійснення відповідно до вимог Конвенції; забезпечувати фізичну та інформаційну доступність державної системи медико-соціальної експертизи і реабілітації інвалідів.



УДК 616.126.422:616.28

КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ МІТРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ В ПРАКТИЦІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

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

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

Резюме

В статтє приведена класифікація митральної регургітації, рассмотрены критерии ее оценки, изменения гемодинамики, клиническая картина. Определены наиболее информативные диагностические доплерэхокардиографические критерии. Представлены данные, которые определяют степень тяжести и прогноз митральной регургитации в практике медико-социальной экспертизы.

Ключевые слова: митральная регургитация, критерии диагностики, прогноз при медико-социальной экспертизе.

Summary

The article describes the article provides a classification of mitral regurgitation, discussed the criteria for its evaluation, hemodynamics and clinical picture. Presents the most informative

diagnostic criteria by Doppler. The data determining the severity and prognosis of mitral regurgitation in the practice of medical and social expertise.

Keywords: mitral regurgitation, diagnostic criteria, prognosis of medical and social expertise.

Вступ

В Україні ситуація з серцево-судинними захворюваннями серед усього населення є вкрай складною, адже в структурі смертності та інвалідності працездатного населення України хвороби серця та судин складають більше 65 % [1].

Хворі на клапанні вади серця – це велика група пацієнтів, у яких розвиток серцевої недостатності й обмежень життєдіяльності найбільш передбачений. Бази даних США та Європи свідчать про зміну етіології клапанних вад. Якщо близько 50 років тому основною причиною клапанної патології був ревматизм, то сьогодні значну частину складають особи з вадами дегенеративної етіології та вродженою вагою того або іншого клапана [2]. Поразки аортального і мітрального клапанів зустрічаються найчастіше. Тому патологія мітрального клапана, яка супроводжується мітральною недостатністю, є актуальною проблемою в сучасній педіатричній практиці, кардіології і в практиці медико-соціальної експертизи, оскільки у 35–70 % хворих вона поєднується з іншими аномаліями та хворобами серцево-судинної системи [3].

Недостатність мітрального клапана, мітральна регургітація, регургітація мітрального клапана або мітральна недостатність (МН) – це рівнозначні поняття. Термін регургітації застосовується не тільки в кардіології, а й в інших галузях медицини. Дослівно він означає «зворотня течія», тобто в разі регургітації рідина починає рухатися проти природного для неї напрямку [4, 5].

З медичної точки зору існує поняття мітральної регургітації (МР) – тобто зворотний потік крові в систолу із лівого шлуночка (ЛШ) у ліве передсердя (ЛП). Унаслідок різниці тиску між ЛШ та ЛП у систолу, в нормі, як правило, є фізіологічна МР. Вона відповідає I (першому) ступеню та гемодинамічно не є значущою [6].

Для медико-соціальної експертизи має значення патологічна МР, яка може бути вродженою чи набутою. Вроджена МР може виникнути внаслідок вродженої аномалії розвитку мітрального клапана (МК), при синдромі Марфана, за рахунок значного пролабування стулок МК, «парашутоподібного» мітрального клапана тощо. Причиною набутої МР може бути інфекційне, травматичне та ін. ураження стулок клапана та підклапанних структур, а також міокарда лівого шлуночка [7].

Прогноз недостатності мітрального клапана залежить від вираженості анатомічних порушень і пов'язаних з ними гемодинамічних розладів. Дослідження свідчать, що в середньому після початку диспансерного спостереження за патологічною МР через 5 років залишаються живими 80 % пацієнтів, а через 10 років – 60 %.

Медико-соціальна експертиза у хворих з мітральною недостатністю потребує досить ре-

тельного, якісного обстеження на сучасному медичному обладнанні висококваліфікованими лікарями функціональної діагностики.

Класифікація МР. *Гостра МР* – може мати різний ступінь важкості та супроводжуватися різкими порушеннями гемодинаміки.

Хронічна МР – клінічні прояви та гемодинамічні зміни нарастають поступово. Умовно хронічну МР можна розподілити на *незначну, помірну*, а також *важку компенсовану і декомпенсовану*.

Відповідно до *етіології МР* може бути класифікована на *первинну* (тобто органічну/структурну власне клапанну хворобу) та *вторинну* (тобто функціональну/неорганічну: без наявних структурних аномалій МК).

Патологічна МР як стан, пов'язаний з порушенням замикаючої функції МК, може бути результатом 4 причин:

- 1) власне патологією стулок;
- 2) патологією мітрального кільця;
- 3) патологією сухожильних ниток;
- 4) патологією папілярних м'язів.

До запальних процесів, які частіше вражають стулки МК, належать ревматичне ураження, хвороби сполучної тканини (системний червоний вовчак, склеродермія) та інфекційний ендокардит [8].

До дегенеративних змін, які можуть спричинити патологічну МР, належать дегенеративна кальцифікація мітрального фіброзного атріовентрикулярного кільця, міксоматозна дегенерація стулок МК та інші види дисплазії мітрального клапана, які характеризуються наявністю додаткових хордальних ниток, що відходять від папілярних м'язів до стулок клапана та трабекул приносячого тракта ЛШ.

Патологія мітрального кільця може бути обумовлена підвищеною його розтяжністю, окрім того, різким розширенням ЛШ, а також кальцинозом фіброзного кільця будь-якої етіології, який порушує механізм його звуження під час систоли.

Серед патології хордального апарату найвагомішою щодо медико-соціальної експертизи є порушення цілісності хорд МК, яке може бути наслідком травми серця, ендокардіта, міокардіта, інфаркта міокарда та ін. Останнім часом привертають увагу додаткові хорди в ЛШ, а також підвищена трабекулярність у ЛШ, МР, що пов'язано з патологією папілярних м'язів в разі порушення їх анатомічної будови, або в разі порушення коронарного кровотоку в сосочкових м'язах [9].

Гемодинаміка. В разі патологічної МР, тобто недостатності, поступово виникає компенсаторна дилатація ЛП, у цьому зв'язку дилатація залежить від ступеня регургітації. Тиск у ЛП швидко підвищується. Під час діастоли збільшений об'єм крові з ЛП знову надходить до ЛШ. Останній ди-

латується та настає його гіпертрофія для забезпечення адекватного ударного об'єму. Але можливості збільшити серцевий викид під час виконання фізичного навантаження стає обмеженим. У разі подальшого прогресування вади виникає застій у малому колі кровообігу, що може призвести до формування легеневої гіпертензії в період декомпенсації вади [10].

Клінічна картина недостатності мітрального клапана визначається величиною мітральної регургітації, наявністю або відсутністю застою крові в легенях і функціональним станом ЛПП. За невеликого ступеня недостатності мітрального клапана зовнішні прояви цієї вади серця відсутні.

Для гемодинамічно значущої недостатності МК, що супроводжується легеневою гіпертензією і зниженням ефективного серцевого викиду, характерна поява акроціаноза (ціанозу губ, кінчика носа, пальців тощо), іноді яскравого ціанотичного рум'янцю на щоках (*facies mitralis*). Типові зміни зовнішнього вигляду хворих, характерні для мітральної вади серця (астенічна статура, погано розвинена мускулатура, дещо «попелястий» колір шкіри в поєднанні з ціанозом, слабкий загальний фізичний розвиток тощо), у разі мітральної недостатності зустрічаються не так часто, як у разі мітрального стенозу, й тільки в разі вираженого дефекту мітрального клапана, який сформувався в молодому або дитячому віці [11].

У більшості хворих з мітральною недостатністю переважає ексцентрична гіпертрофія (гіпертрофія + дилатація) лівих відділів серця. Верхівковий поштовх у зв'язку з цим стає посиленням, розлитим і зміщується ліворуч, назовні від лівої серединно-ключичної лінії. У разі вираженої недостатності мітрального клапана і приєднанні з лівошлуночковою недостатністю верхівковий поштовх може досягати передньої **пахвової лінії** й опускати вниз до VI міжребер'я.

Методи діагностики МР

У практиці медико-соціальної експертизи оцінка МР потребує використання різних ехокардіографічних модальностей з поєднанням множинних параметрів, що обов'язково слід врахувати об'єктивні клінічні дані.

Допплерівська ехокардіографія (ДЕХОКГ) є незамінним атрибутом для діагностики та динамічного спостереження пацієнтів з недостатністю МК. Вона дає детальну інформацію про анатомію і функцію клапана, дає змогу визначити механізми МР, а також її тяжкість та оцінити наслідки [12].

Використовують імпульсний, постійно-хвильовий та кольоровий доплери.

Імпульсний доплер використовується як допоміжний або альтернативний, особливо за ситуації, коли відсутній кольоровий доплер, або якщо неможливо оцінити ступінь МР за даними оцінки *vena contracta* (VC) та проксимальної площі ізозвидкісної поверхні (PISA). Якщо умовно розділити ЛПП на чотири частини, то, простеживши за глибиною проникнення струменю МР у порожнину ЛПП, можна оцінити її ступінь важкості.

Постійно-хвильовий доплер дає змогу чітко зареєструвати весь потік МР, виміряти його швидкість, за допомогою рівняння Бернуллі розрахувати різницю тиску між камерами в систолу, визначити характер регургітації (гостра або хронічна) і за інтенсивністю спектра судити про її значущість.

Кольоровий доплер дає змогу швидко оцінити МР, однак не треба забувати, що кожен з варіантів доплера дає додаткову інформацію. Існує велика кількість класифікацій щодо оцінки клапанної регургітації в режимі кольору. З 80-х років минулого століття різні автори пропонували свої критерії оцінки клапанної регургітації. В 2003 році були опубліковані Рекомендації Американської та Європейської асоціації ехокардіографії для оцінки клапанної регургітації, які були засновані на триступінчастому її розподілі [13].

Ступінь МР оцінюють за відношенням площі потоку мітральної регургітації та лівого передсердя при кольоровому доплерографічному картуванні в чотирикамерній позиції:

- незначна площа потоку – <20 % площі лівого передсердя;
- помірна площа потоку – 20–40 % площі лівого передсердя;
- тяжка площа потоку – >40 % площі лівого передсердя.

Однак площа регургітуючого потоку при кольоровому доплерівському картуванні не рекомендується для кількісної оцінки МР. Якщо спостерігається більше, ніж маленька центральна МР, потрібен більш кількісний підхід. Загальна передумова полягає в тому, що зі зростанням важкості МР має збільшуватися розмір та розповсюдження кольорового потоку в ЛПП. Теоретично більші розміри потоку, що розповсюджуються глибоко в ЛПП, відображають більш важку МР, ніж маленькі тонкі потоки, що не досягають далеко за межі мітральних стулок. Утім, насправді взаємозв'язок між розміром регургітуючого потоку та важкістю МР не є таким однозначним та буває дуже варіабельним, оскільки, крім важкості МР, вигляд кольорового спектра залежить від багатьох інших технічних і гемодинамічних факторів. За подібної важкості у пацієнтів із підвищеним тиском у ЛПП або з ексцентричним потоком, що стелиться по стінці ЛПП, або зі значною дилатацією ЛПП, кольоровий спектр регургітації може виглядати значно меншим, порівняно з пацієнтом з нормальним тиском у ЛПП та розміром ЛПП, але центрально спрямованим потоком регургітації.

У разі МР, що виникла гостро, навіть центрально спрямований потік може виглядати хибно маленьким. Тому через те, що цей метод є джерелом багатьох помилок, кольорове доплерівське картування не рекомендовано використовувати як метод вибору для кількісної оцінки важкості МР. Проте візуалізація великого ексцентричного потоку з мозаїчністю, що розповсюджується по стінці, досягаючи задньої стінки ЛА, свідчить на користь важкої МР. Та, навпаки, маленькі тонкі потоки, що

не виходять за площину мітральних стулок, звичайно вказують на легкий ступінь МР.

Ретельна оцінка потоку регургітації під час кольорового доплерівського картування з використанням множинних зрізів може диференціювати мінімальну регургітацію, що не потребує подальшої оцінки, від більш тяжких випадків, коли рекомендовані кількісні методики оцінки (vena contracta (VC); проксимальна площа ізощвидкісної поверхні (PISA)).

Оцінка конвергенції потоку (PISA) – найбільш рекомендований кількісний метод оцінки МР. Радіус PISA вимірюють у середині систоли, при цьому за допомогою стандартних формул отримують значення об'єму регургітації. Її можна використати як при центральних, так і при ексцентричних потоках МР. Традиційно для оптимальної візуалізації PISA рекомендують апікальну 4-камерну позицію. Проте парастернальна позиція по довгій осі в разі трансоракальної ехокардіографії також часто є корисною для візуалізації у випадку пролапсу передньої стулки МК, коли струмись потоку регургітації спрямований під задню стулку та по задній стінці лівого передсердя [13].

Оцінка конвергенції потоку (PISA) – найбільш рекомендований кількісний метод оцінки МР. Радіус PISA вимірюють у середині систоли, при цьому за допомогою стандартних формул отримують значення об'єму регургітації. Її можна використати як при центральних, так і при ексцентричних потоках МР. Традиційно для оптимальної візуалізації PISA рекомендують апікальну 4-камерну позицію.

PISA $r < 5$ мм – незначна МР. PISA $r = 6-9$ мм – помірна МР. PISA $r > 9$ мм – важка МР [13].

Оцінка ширини vena contracta (VC) відображає площу отвору регургітації. Типово візуалізується на зрізах перпендикулярно до комісуральної лінії. Ширина VC < 3 мм вказує на легку МР; ширина ≥ 7 мм визначає важку МР. Проміжні значення VC (3–7 мм) потребують підтвердження іншими кількісними методами.

Кількісна оцінка тяжкості мітральної регургітації не повинна ґрунтуватися на одному єдиному показникові, а потребує інтегративного підходу (табл. 1).

Клінічне значення має регургітація 2-го ступеня і вище, оскільки 1-го ступеня (прикляпанна, функціональна) не викликає змін внутрішньосерцевої гемодинаміки.

Таблиця 1

Критерії визначення вираженої клапанної регургітації: інтегративний підхід

Ознаки	Мітральна регургітація
Специфічні ознаки тяжкої регургітації	– розмір vena contracta $\geq 0,7$ см із великим центральним потоком МР (площею > 40 % ЛП) або пристінковим потоком будь-якого розміру в ЛП*; – значна конвергенція потоку**; – систолічний реверсивний потік у легеневих венах; – виражена рухливість МК, або розрив папілярного м'язу
Додаткові ознаки	– щільний кутовий потік МР при постійно-хвильовій доплерографії; – ревалювання піка Е мітрального потоку ($E > 1,2$ м/с)***; – збільшення розміру ЛП і ЛШ**** (зокрема за нормальної функції ЛШ)
Кількісні параметри	
Об'єм регургітації, мл за скорочення	≥ 60
Фракція регургітації, %	≥ 50
Ефективна площа отвору регургітації, см ²	$\geq 0,40$

Примітка:

* У разі ліміту Найквіста у 50–60 см/с.

** Значну конвергенцію потоку визначають за радіуса конвергенції потоку $\geq 0,9$ см для центральних потоків у разі показника ліміту Найквіста 40 см/с, зрізи для ексцентричних потоків більші й повинні розглядатися під правильним кутом.

*** Зазвичай в осіб віком > 50 років або у разі порушення релаксації за відсутності мітрального стенозу або інших причин підвищеного тиску в ЛП.

**** За відсутності дилатації ЛШ і ЛП іншої етіології чи гострої МР.

Гостра мітральна недостатність виникає в результаті відриву хорд від стулок мітрального клапана, що спостерігається досить рідко і пов'язано здебільшого з травмою грудної клітки в осіб, які мають міксоматозну дегенерацію хорд.

Пацієнти з тяжкою мітральною регургітацією потребують хірургічного втручання.

Показання до оперативного втручання за тяжкої мітральної недостатності:

– реконструктивна операція на МК є пріоритетною, якщо очікують довготривале втручання;

– «симптоматичні» пацієнти з ФВ ЛШ $> 30\%$ та КСР < 55 мм;

– «безсимптомні» пацієнти з дисфункцією ЛШ (КСР > 45 мм і/або ФВ ЛШ $\leq 60\%$);

– «безсимптомні» пацієнти зі збереженою функцією ЛШ та фібриляцією передсердь або легеневою гіпертензією (СТЛА більше 50 мм рт. ст. у стані спокою);

– «безсимптомні» пацієнти зі збереженою систолічною функцією ЛШ, великою вірогідністю довготривалого ефекту від втручання, низьким операційним ризиком, спаяними стулками і КСР ≥ 40 мм;

– пацієнти з тяжкою дисфункцією ЛШ (ФВ ЛШ $< 30\%$ та/або КСР > 55 мм), рефрактерні до медикаментозної терапії з високою вірогідністю стійкого ефекту від реконструктивної операції без тяжких супутніх захворювань;

– пацієнти з тяжкою дисфункцією ЛШ (ФВ ЛШ $< 30\%$ та/або КСР > 55 мм), рефрактерні до медикаментозної терапії з низькою вірогідністю довготривалого ефекту від реконструктивної операції та без тяжких супутніх захворювань;

– у безсимптомних пацієнтів зі збереженою систолічною функцією ЛШ, великою вірогідністю довготривалого ефекту від втручання, низьким операційним ризиком і наявністю дилатації ЛП зі збереженим синусовим ритмом або в разі легеневої гіпертензії при навантаженні (СТЛА ≥ 60 мм ртутного стовбця.)

Медико-соціальна експертиза в разі недостатності МК

Експертну оцінку мітральної недостатності слід проводити, враховуючи не лише морфологічні зміни МК і ступінь мітральної регургітації, але й супутні ускладнення і стани, які можуть впливати на клінічний перебіг цього захворювання і прогноз.

Незначні порушення функції кровообігу і відсутність ознак обмеження життєдіяльності визначаються за наявності легкої чи помірної МР без дилатації порожнин серця; без порушень серцевого ритму і провідності. Задишка, тахікардія, швидка стомлюваність виникають тільки в разі значного фізичного навантаження.

Помірні порушення функції кровообігу, що призводять до СН ІІА стадії і помірних гемодинамічних порушень, зазвичай виникають за помірної чи важкої недостатності МК із дилатацією порожнин серця, порушеннями серцевого ритму і провідності.

Виникають обмеження життєдіяльності, що помірно виражені, а саме:

- здатність до самостійного пересування – І ступеня;
- здатність до самообслуговування – І ступеня;
- здатність до трудової діяльності – І ступеня.

Виразені порушення функції кровообігу, що зазвичай виникають в разі некорегованої значної недостатності МК із дилатацією порожнин серця, важкими порушеннями серцевого ритму і провідності. Спостерігається недостатність обох половин серця, застій у малому і великому колах кровообігу.

Також викликають виражені обмеження життєдіяльності стани після хірургічної корекції МР із залишковими явищами, з пізніми і віддаленими післяопераційними ускладненнями (тромбоемболії, септичний ендокардит), з супутніми захворюваннями, що вимагають багатоетапного хірургічного втручання і/чи консервативної терапії.

Виникають обмеження життєдіяльності вираженого ступеня:

- здатність до самостійного пересування – ІІ ступеня;
- здатність до самообслуговування – ІІ ступеня;
- здатність до трудової діяльності – ІІ ступеня.

Пацієнтам з помірними і важкими порушеннями кровообігу групу інвалідності встановлюють на один – два роки зі щорічною перевіркою виконання та оцінкою ефективності заходів індивідуальної програми реабілітації інваліда і, в разі необхідності, внесення корекції до неї.

Значно виражені порушення функції кровообігу, що зазвичай виникають в разі неоперабельної тяжкої МР, стійких розладах гемодинаміки у лівих і правих відділах серця; розвиток пізніх і віддалених післяопераційних ускладнень (пізній септичний ендокардит, тромбоемболія коронарних, легеневих і церебральних судин); важкі порушення серцевого ритму.

Виникають обмеження життєдіяльності значно вираженого ступеня:

- здатність до самостійного пересування – ІІІ ступеня;
- здатність до самообслуговування – ІІІ ступеня;
- здатність до трудової діяльності – ІІІ ступеня.

Таким хворим устанавлюється група інвалідності без зазначення терміну повторного огляду відповідно до 22-го пункту Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03.09.2009 р. (настали стійкі необоротні морфологічні зміни міокарда та розлади функцій кровообігу, що є несприятливим прогнозом відновлення працездатності).

Крім того, слід враховувати під час проведення медико-соціальної експертизи хворим із прооперованим МК наявність як ранніх (що виникли в перші 3 місяці після операції), так і пізніх **післяопераційних ускладнень**. Ускладнення раннього післяопераційного періоду – го-

стра серцева недостатність, гостре порушення мозкового кровообігу, інфаркт міокарда, ранній септичний ендокардит, сепсис, тромбоемболія легеневої артерії, мозкових судин – часто має негативний найближчий прогноз для життя. З пізніх ускладнень операції прогностично найзначущими є тромбоемболії, пізній септичний ендокардит, паравальвулярні фістули, дисфункція клапана, рестеноз.

Хворих, які перенесли операцію **протезування МК**, пропонується розглядати як пацієнтів з аномальним клапаном серця. Їм установлюється III група інвалідності без строку перегляду, що закріплено відповідними нормативними документами, регламентуючими проведення медико-соціальної експертизи в Україні.

У низці випадків хворим після операції на один рік визначається друга група інвалідності із рекомендаціями щодо подальшого працевлаштування. Водночас, клініко-експертний досвід ведення пацієнтів, які перенесли операцію із заміни клапана серця на штучний, засвідчив, що більшість пацієнтів вважають результати кардіохірургічного лікування позитивними.

Адекватна хірургічна корекція передбачає нормалізацію гемодинамічних процесів, однак судити про результати лікування слід не раніше, ніж через 4-6 місяців. Велике значення щодо темпів регресії гемодинамічних розладів має стан до моменту операції.

Менш сприятливий прогноз у хворих із МР, які прооперовані вже на ділятированому серці, за наявності органічних змін у малому та великому колах кровообігу внаслідок тривало існуючих або неусувних порушень гемодинаміки.

Порушення ритму і провідності значно погіршують клінічний і реабілітаційний прогнози. Обмеження життєдіяльності можуть виникати в разі порушень ритму середнього і важкого ступеня важкості, особливо ті, які виникли після оперативних втручань.

Крім того, група інвалідності повинна встановлюватися в разі втрати або зниження кваліфікації і/чи неможливості виконувати роботу по тій спеціальності, яку хворий мав перед операцією. Слід урахувати, що частині пацієнтів перед операцією протезування клапанів довго визначалася інвалідність, іноді з дитинства, і вони не мають професійної підготовки. Причини стійкого обмеження життєдіяльності у хворих після кардіохірургічних операцій можуть бути не пов'язані з низькою переносимістю фізичного навантаження, а, наприклад, бути результатом когнітивних розладів і зниження мнестичних функцій унаслідок тривалих операцій із застосуванням штучного кровообігу. Також нерідко таким хворим неохоче надається робота адміністрацією установ, в які вони намагаються влаштуватися. Тому для більшості пацієнтів, які перенесли протезування клапана, пенсія по інвалідності є мірою соціальної захищеності.

Слід обов'язково зупинитися на **психічних порушеннях** у хворих після кардіохірургічних

операцій. Це кардіофобії, відчуття тривоги без наявних причин, іпохондричного синдрому, депресії. Частота таких порушень у оперованих хворих з приводу пороку серця сягає 26 % і вище. Після операції вони потребують консультації психотерапевта для лікування та психологічної реабілітації, результати яких необхідно також урахувати під час проведення медико-соціальної експертизи даній категорії пацієнтів.

Критерії та орієнтовані терміни тимчасової втрати працездатності

Тимчасова втрата працездатності встановлюється пацієнту з важкою МР на період інструментального обстеження, передопераційної підготовки, хірургічного втручання і подальшої медикаментозної, фізичної і психологічної форм реабілітації в умовах реабілітаційного центру або санаторію. Тривалість її залежить від важкості стану до операції, об'єму оперативного втручання та його адекватності, ускладнень, темпів зворотного розвитку симптомів. Тому потрібно орієнтуватися не на середні терміни тимчасової непрацездатності, а на об'єктивну оцінку прогностичних факторів і критерії відновлення працездатності [15].

За сприятливого прогнозу, невеликого об'єму операції, що була виконана до розвитку тяжких органічних змін у серці та легенях, позитивній динаміці з боку гемодинамічних порушень і відсутності тяжких ускладнень – доцільно лікування з тимчасовою непрацездатністю проводити в межах до 4 місяців, до повного або часткового відновлення працездатності з направленням на медико-соціальну експертну комісію (МСЕК) при лікуванні, що не завершено, або для раціонального працевлаштування (за наявності протипоказаних факторів у характері та умовах праці в основній професії пацієнта).

У хворих із сумнівним прогнозом після ефектної операції і в разі незадовільних результатів лікування тривалість тимчасової непрацездатності не повинна перевищувати 4 місяців із подальшим направленням на МСЕК.

Показниками відновлення працездатності після операції є нормалізація гематологічних і біохімічних показників; клінічні ознаки покращання стану; позитивна динаміка і стабілізація показників гемодинаміки (легенева гіпертензія не більш ніж I ступеня, недостатність кровообігу не вища, ніж ІА стадії), які підтверджені даними електрокардіографії, ЕхоКГ, рентгенографії; закінчене лікування ускладнень без тяжких наслідків; I чи II функціональний клас за NYHA; психологічна реадaptaція з позитивним відношенням до праці.

Протипоказані види та умови праці. Для раціонального працевлаштування враховують важкість мітральної недостатності та основне захворювання, яке призвело до неї. Види і умови праці такі ж, як і в разі інших серцево-судинних захворювань. Виключають роботи, пов'язані з постійним значним фізичним навантаженням, тривалою ходьбою (надалі, за підвищення толерантності до навантажень, режим може бути розшире-

но); робота в несприятливих виробничих умовах (високі і низькі температурні режими, перепад температур та тиску, висока вологість, запиленість і загазованість приміщень); робота на висоті, з механізмами, що рухаються.

Працевлаштування повинно бути раціональним, проводиться не тільки з урахуванням медичних факторів, але й із урахуванням вікових та соціальних даних.

Література

1. Проблеми здоров'я і медичної допомоги та модель покращення в сучасних умовах / Д. М. Мороз, Т. С. Манойленко, А. П. Дорогой [та ін.]: посібник для кардіологів, ревматологів, терапевтів, організаторів охорони здоров'я та лікарів загальної практики за ред. академіка НАМН України Коваленка В. М. та завідувача відділу медико-соціальних проблем кардіології Корнацького В. М., Київ, ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені акад. М. Д. Стражеска». – Київ, 2016. – 261 с.

2. Національний підручник з ревматології / за редакцією В. М. Коваленка, Н. М. Шуби. – К.: МОРІОН, 2013. – 672 с.; іл., бібліогр.

3. Медико-соціальна експертиза при клапанних вадах серця: [науково-методичний посібник для лікарів медико-експертних установ та лікувально-профілактичних закладів] / А. В. Іпатов, О. М. Лисунець, І. Я. Ханюкова, Ю. В. Ткаченко: науково-методичний посібник для лікарів медико-експертних установ та лікувально-профілактичних закладів. – Дніпропетровськ: ТОВ «Новомосковська друкарня», 2014. – 59 с.

4. Otto C. Valvular heart disease. Philadelphia: W. B. Saunders Comhani, 1999. – 468 p.

5. Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012): The Joint Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) / A. Vahanian, O. Alfieri, F. Andreotti [et al.] // Eur. Heart J. – 2012 – Vol. 33. – P. 2451–2496.

6. Рыбакова М. К., Митьков В. В., Балдин Д. Г. Эхокардиография от М. К. Рыбаковой. – М.: Издательский дом Видар-М, 2016. – 600 с.

7. Ехокардіографічна оцінка регургітації на нативних клапанах. Ч. I. Атріовентрикулярна

регургітація. Рекомендації робочої групи з функціональної діагностики Асоціації кардіологів України та Всеукраїнської асоціації фахівців з ехокардіографії/В.М. Коваленко, О.С. Сичов, М.М. Долженко [та ін.] // Аритмологія. – 2015. – №4 (16). – С. 6–36.

8. Шиллер Н. Б. Клиническая эхокардиография, 2-е изд. / Н. Б. Шиллер, М. А. Осипов. – М.: Мир, 2005. – 344 с.

9. Gill E. A. Atlas of 3D echocardiography. Sanders, an imprint of Elsevier Inc., 2013. – 375 p.

10. Патофизиология сердечно-сосудистой системы / под ред. Лилли Л. – М.: Бином. Лаборатория знаний. – 2016. – 735 с.

11. Трухан Д. И. Болезни сердечно-сосудистой системы: клиника, диагностика и лечение: учебное пособие / Д. И. Трухан, С. Н. Филимонов. – Санкт-Петербург: «СпецЛит». – 2016. – 319 с.

12. Agricola E. Ischemic mitral regurgitation: mechanisms and echocardiographic classification / E. Agricola, M. Oppizzi, M. Pisani [et al.] // Eur. J. Echocardiogr. – 2008. – Vol. 9. – P. 207–221.

13. European Association of Echocardiography. European Association of Echocardiography recommendations for the assessment of valvular regurgitation. Part 2: mitral and tricuspid regurgitation (native valve diseases) / P. Lancellotti, L. Moura, L. A. Pierard [et al.] // Eur. J. Echocardiogr. – 2010 – Vol. 11. – P. 307–332.

14. Обмеження життєдіяльності при вроджених вадах серця у дорослих: монографія для лікарів медико-експертних установ та лікувально-профілактичних закладів, наукових співробітників, студентів старших курсів медичних вузів / А. В. Іпатов, О. М. Лисунець, І. Я. Ханюкова, І. В. Дроздова, Ю. В. Ткаченко. – Дніпропетровськ: Пороги, 2012. – 208 с.

15. Проблемні питання медико-експертної та реабілітаційної допомоги дорослим хворим з вродженими вадами серця / О. М. Лисунець, І. В. Дроздова, І. Я. Ханюкова [та ін.] // Український вісник медико-соціальної експертизи. – Дніпропетровськ: Роял-Принт, 2012. – № 2. – С. 26–31.

