

и лишь 3 пациентам потребовалась ампутация голени или бедра. Остальным 15 больным с III степенью поражения во всех случаях выполнялись “малые” ампутации или локальные некрэктомии. При наличии активного гнойного процесса первым этапом выполнялись вскрытие флегмоны или некрэктомиа в пределах здоровых тканей. Летальных исходов ни в одной группе пациентов не отмечено.

Заключение. 1. Выполнение ревазуляризирующих операций является неотъемлемой частью комплексного лечения обширных гнойно-некротических поражений при критической ишемии нижних конечностей. 2. Использование рентгенэндоваскулярных методов в сочетании с открытым оперативным вмешательством позволяет добиться восстановления кровотока в наиболее сложных случаях и с меньшим риском гнойно-септических осложнений. 3. При наличии активного гнойного процесса на стопе первым этапом следует выполнять санацию гнойного очага. 4. В случае необратимых некротических изменений на пораженной конечности процедуры по восстановлению кровотока в проксимальных отделах сосудов позволяют снизить уровень ампутации и поэтому имеют важное медико-социальное значение.

Влияние промежутка времени, прошедшего от начала ОИМ (ST) до эндоваскулярной реперфузии миокарда, на жизне- и трудоспособность пациентов с ИБС по данным пятилетнего наблюдения

Волынский Ю.Д., Чернышева И.Е., Ярных Е.В., Полумисков В.Ю., Буреаева О.С., Колединский А.Г., Иоселиани Д.Г.

ГБУЗ “Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии ДЗ г. Москвы”

Введение. Несмотря на многочисленные и разнообразные клинические исследования, вопрос об оптимальных сроках проведения эндоваскулярной реперфузии миокарда (ЭРМ) при ОИМ (ST) не получил однозначного решения и активно обсуждается в литературе.

Цель исследования: использовать результаты многолетней, ежегодной и независимой экспертизы больных, перенесших первичный ОИМ (ST) в трудоспособном возрасте, для оценки влияния фактора времени на эффективность ЭРМ в острой фазе заболевания.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ данных 671 больного, перенесших первичный ОИМ (ST) в возрасте не старше 55 лет (мужчины), 50 лет (женщины), трудоспособных и без серьезной сопутствующей патологии. Впоследствии все они ежегодно проходили освидетельствования в Главном бюро медико-социальной экспертизы (ГБМСЭ) или в его филиалах. Больные были разделены на две группы: основную группу составили пациенты ОИМ(ST) (n = 491), которым в НПЦИК была выполнена успешная ЭРМ; в группу сравнения были включены больные ОИМ (ST) (n = 180), которым ЭРМ не выполняли, или она была безуспешной. Все больные получали стандартную медикаментозную терапию и прошли курс реабилитации.

Пациенты основной группы в зависимости от срока проведения ЭРМ были разделены на четыре подгруппы: 1-я включала 230 человек, которым ЭРМ была выполнена в первые 6 ч от начала заболевания; 2-я состояла из 119 пациентов, которым ЭРМ была выполнена в срок от 7 до 72 ч от момента заболевания; 3-я включала 74 больных, которым ЭРМ была выполнена на 4–14-е сутки; 4-я подгруппа объединяла 68 пациентов, перенесших ЭРМ в период от 15 до 90 сут с момента развития ОИМ (ST).

Эксперты ГБМСЭ оценивали состояния больных по общепринятым критериям коронарной и миокардиальной недостаточности, тяжести заболевания, выраженности и обратимости нарушенных функций кровообращения, стабильности течения, возникновения осложнений и сопутствующей патологии с учетом ряда других объективных и субъективных факторов. Основываясь на совокупности всех данных, они принимали решение о трудоспособности больного. В данной работе показатель трудоспособности был использован нами как

“интегральный признак”, объединяющий качественные и количественные показатели. Его значимость оценивали в системе баллов таким образом, что количество баллов обратно пропорционально трудоспособности больного: 1 балл – 1-я группа инвалидности; 2 балла – 2-я группа инвалидности; 3 балла – 3-я группа инвалидности; 4 балла – трудоспособность восстановлена (инвалидом не признан). Был проведен многокомпонентный статистический анализ полученных данных.

Результаты. Общая летальность за 5 лет наблюдения в основной группе составила 4,48%, в то время как в группе сравнения – 13,0%, т.е. почти в три раза выше. У большинства больных перенесенный ОИМ (ST) отрицательно сказался на их дальнейшей трудоспособности. Самый низкий показатель трудоспособности в 2,31 балла был у больных из группы сравнения. У больных из основной группы восстановление трудоспособности после перенесенного ОИМ (ST) происходило быстрее, а результаты в целом выглядели лучше. Однако на конкретный результат значимо влиял временной фактор. Так, у больных 1-й подгруппы восстановление трудоспособности было наиболее успешным (оценка в баллах 3,44) при летальности в 3,04%. Напротив, у пациентов 2-й подгруппы оценка в баллах была самой низкой (2,61 $p < 0,01$) среди подгрупп, а летальность наиболее высокой – 10,1%. У больных из 3-й подгруппы, показатель трудоспособности оказался выше, чем в предыдущей (3,03 балла, $p < 0,01$) и летальность 0%. В 4-й подгруппе результаты в целом были лучше, чем в группе сравнения, при летальности, равной 4,41%. Но из-за разновременности сроков выполнения ЭРМ не удалось выявить однозначную тенденцию. Так, в отдельных случаях после периода положительной динамики восстановления трудоспособности состояние больных ухудшалось, и через 5 лет по уровням трудоспособности они были сопоставимы с группой сравнения.

В итоге через 5 лет после перенесенного ОИМ (ST) в основной группе продолжали трудиться 64,8% пациентов, и у 146 (29,7%) из них отмечено повышение уровня трудоспособности. В группе же сравнения трудились лишь 32,8% больных, а значимое повышение трудоспособности отмечено лишь у 2 пациентов (1,11%).

Выводы. 1. У лиц трудоспособного возраста при остром инфаркте миокарда с подъемом ST успешная ЭРМ оказывает более значимое положительное влияние на их жизнь и трудоспособность по сравнению с консервативным лечением. 2. Наилучшие результаты на средне- и отдаленных сроках наблюдения получены у больных, подвергнутых ЭРМ в первые 6 ч от начала заболевания. Менее эффективна ЭРМ, выполненная в период от 4 до 14 суток. А наименее эффективны вмешательства, произведенные в промежутке времени от 7 до 72 ч после начала ОИМ (ST).

Организация специализированной медицинской помощи больным с критической ишемией стопы в условиях многопрофильного стационара

Галь И.Г., Горбенко М.Ю., Слепнев С.Ю.

ГБУЗ “ГКБ №68 ДЗ г. Москвы”

Цель: разработать маршрутизацию, оптимальные алгоритмы обследования и лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей в условиях многопрофильного стационара для достижения максимальной клинической и экономической эффективности.

Материал и методы. Ежегодно в ГКБ № 68 ДЗ г. Москвы обращается более 600 пациентов с гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей. У большей части больных (67%) гнойно-некротические расстройства развивались на фоне атеросклеротического поражения магистральных артерий нижних конечностей, 92% больных страдали сахарного диабета 2-го типа, у 5% больных сахарный диабет выявлен впервые. При этом 42% пациентов поступают с уже развившейся гангреной пальцев, части стопы или сегмента конечности (IV, V степени поражения по Wagner).

Столь высокая концентрация пациентов указанного профиля в нашем стационаре обусловлена наличием “окружного” отде-

ления гнойной хирургии для лечения больных с осложнениями сахарного диабета.

Несмотря на наличие у большей части пациентов поражения магистральных артерий нижних конечностей зачастую из-за наличия гнойно-некротических расстройств, больные госпитализировались в отделение гнойной хирургии первично, не получая специализированной помощи у сосудистого хирурга. В связи с этим сохранялся высокий уровень выполнения “больших” ампутаций (18%), а после выполнения “малых” ампутаций (в пределах стопы – 22%) и локальных некрэтомий наблюдалось медленное заживление ран либо тенденции к эпителизации не было вовсе. Таким образом, эти пациенты требовали частых повторных госпитализаций для выполнения реампутаций, а средняя длительность пребывания в стационаре превышала 14 койко-дней.

В сентябре 2013 г. в ГКБ № 68 было организовано отделение сосудистой хирургии на 20 коек, что позволило оказывать всестороннюю специализированную помощь больным с критической ишемией (КИ) нижних конечностей в стенах одного стационара. Алгоритм действий выглядел следующим образом: всем больным с КИ выполнялось ультразвуковое исследование артерий (УЗДС), при подтверждении наличия поражения магистральных артерий незамедлительно осуществлялась консультация сосудистого хирурга и далее, при отсутствии абсолютных противопоказаний больного переводили в отделение сосудистой хирургии, и ему в срочном порядке выполнялась ангиография артерий нижних конечностей с одномоментной попыткой эндоваскулярного восстановления кровотока. В случае успеха чрескожного вмешательства (ЧКВ) больного по необходимости либо переводили для долечивания обратно в гнойную хирургию, либо выписывали на амбулаторное долечивание и реабилитацию. При отсутствии успеха ЧКВ и наличии условий для “открытого” вмешательства больным выполнялась реконструктивная операция на артериях. Пациентам с наличием активного гнойного процесса на стопе перед переводом в отделение сосудистой хирургии первым этапом выполнялась санация гнойного очага.

Результаты. За период с 10 сентября 2013 по 10 декабря 2013 г. по поводу КИ конечностей выполнено 66 реваскуляризирующих операций 65 пациентам. Больных, перенесших ЧКВ, было 50% (33 человека), остальные были оперированы открытым путем. В результате применения активной тактики хирургического восстановления кровотока из 18 больных с поражением магистральных артерий, которым планировалось выполнение ампутации бедра или голени (IV–V степень по Wagner), у 8 удалось избежать ампутации и ограничиться локальной некрэтомией, у 5 пациентов удалось ограничиться “малой” ампутацией стопы, двоим больным уровень ампутации был снижен, и лишь у 3 больных восстановление кровотока было безуспешным. У 48 пациентов с КИ, которым планировалась или уже была выполнена некрэтомия или “малая” ампутация, в большинстве случаев (83%) удалось добиться регресса ишемических расстройств в виде эпителизации или стойкой тенденции к заживлению трофических язв и ран культи, и только у 8 больных хирургическое восстановление кровотока было неудачным или неэффективным.

В результате в общей группе больных с гнойно-некротическими расстройствами стоп, поступивших в ГКБ № 68 с сентября по декабрь 2013 г., удалось снизить уровень “больших” ампутаций до 12%, общее число “малых” ампутаций сохранилось на прежнем уровне (22%), средняя длительность пребывания больных КИ в стационаре снизилась до 10,5 койко-дня.

Выводы. Лечение больных с критической ишемией нижних конечностей при наличии гнойно-некротических поражений стопы требует мультидисциплинарного подхода и должно оказываться в многопрофильном стационаре при тесном взаимодействии специалистов отделений гнойной и сосудистой хирургии, а также ангиографии, ультразвуковых методов диагностики, эндокринологии, реабилитации. Данный подход обеспечивает не только улучшение клинических показателей, но и позволяет добиться значительного экономического эффекта за счет уменьшения продолжительности стационарного

лечения и числа повторных госпитализаций, снижения затрат на использование лекарственных средств и объема трудозатрат лечебного персонала.

Состояние трудоспособности пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST и реперфузионную терапию

Гальцова О.А., Романенко В.В.

БелМАПО, кафедра клинической фармакологии и терапии, г. Минск, Республика Беларусь

Цель: оценить состояние медико-социальной экспертизы и реабилитации пациентов, перенесших ОИМнST и ЧКВ или ТЛТ.

Материал и методы. Обследован в отдаленном периоде 121 пациент мужского пола, перенесший ОИМнST и ЧКВ или ТЛТ. 65 (53,7%) пациентам было проведено ЧКВ (средний возраст $53,8 \pm 1,1$ года) и 56 (46,3%) пациентов подверглись ТЛТ (средний возраст – $51,1 \pm 1,0$ года). Пациенты после проведения ЧКВ были обследованы в среднем через $17,2 \pm 1,2$ месяца и после ТЛТ в среднем через $28,8 \pm 2,2$ мес. ЭхоКГ с определением фракции выброса левого желудочка (ФВ) в М-режиме выполняли в отдаленном периоде на ультразвуковой установке VIVID – 7 PRO (фирма General Electric).

Определение NT-proBNP проводили методом иммунофлюоресцентного анализа на аппарате mini-VIDAS с помощью реактивов mini-VIDAS (фирма BioMerieux, Франция). За норму принимали показатели < 125 пг/мл.

Т6Х осуществляли в соответствии со стандартным протоколом с регистрацией пройденного расстояния.

Пациентам проводилось ХМ-ЭКГ по стандартной методике с помощью аппарата ЭКГ “Кардиотехника” (фирма “Кардиан”, Санкт-Петербург). В ходе мониторинга ЭКГ пациенты соблюдали необходимый двигательный режим и вели дневник самоконтроля.

Сведения по оценке состояния трудоспособности и участия в трудовой деятельности пациентов, перенесших ОИМнST и реперфузионную терапию, были получены посредством анализа документов врачебно-консультативной комиссии (ВКК) при направлении на медико-реабилитационную экспертную комиссию (МРЭК) и из актов медосвидетельствования МРЭК.

Результаты. Среди перенесших ОИМнST мужчин преобладали лица в возрасте до 60 лет (81%), имеющие высшее и среднее специальное образование (76%), что свидетельствует о большой социально-экономической значимости проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации пациентов с данным заболеванием.

Пациенты после ЧКВ в возрасте до 60 лет (72,3%) значительно чаще были признаны трудоспособными в раннем и отдаленном периодах, чем в возрасте старше 60 лет (27,7%). Пациенты после ТЛТ в возрасте до 60 лет (91,1%) в раннем и отдаленном периодах чаще признавались инвалидами II–III групп, чем трудоспособными в 72,5 против 27,5% ($p < 0,05$) и 72,5 против 27,5% соответственно ($p < 0,05$). Уровень NTproBNP < 125 пг/мл, который принят за норму, определялся в отдаленном периоде у пациентов после ЧКВ и ТЛТ, признанных инвалидами II группы в 40,9 и 57,9% соответственно и признанных инвалидами III группы в 28,6 и 60% соответственно.

Заключение. Если принять во внимание то, что II группа инвалидности определяется при наличии резко выраженных функциональных нарушений (XCH III–IV ФК (NYHA) или CH III–IV ФК), то обоснованным является ее определение в отдаленном периоде в 48% после ЧКВ и в 28% после ТЛТ. Не вполне обоснованным во всех случаях выглядит определение III группы инвалидности в отдаленном периоде, так как и после ЧКВ, и после ТЛТ она определялась на фоне XCH I–II ФК, при которых доступно выполнение практических всех видов интеллектуального труда и легкого физического труда.

Для повышения качества медико-социальной экспертизы и реабилитации пациентов, перенесших ОИМнST и реваскуляризационную терапию, рекомендуется использование ЭхоКГ и показателей NTproBNP для определения наличия и выражен-