

18 лет, сопутствующиеотягощающие состояния (онкологические заболевания, наличие терминальной почечной, гепатоцеллюлярной недостаточности, острые инфекционные заболевания или обострение хронических, психические заболевания), ИМ, осложнившийся ЧКВ или коронарное шунтирование. Всем пациентам проводилось клинико-anamnestическое обследование, включающее выявление потенциальных факторов риска КИН, определение медикаментозной терапии на догоспитальном и госпитальном этапах наблюдения, физикальное обследование, запись ЭКГ в 16 отведениях, эхокардиографическое исследование (ЭХО-КГ) с оценкой фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) и зон нарушения локальной сократимости. Всем пациентам определялся уровень креатинина в сыворотке крови с расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD при поступлении, на 2–3-и сутки после проведения КАГ/ЧКВ и на 10–14-е сутки госпитализации. Случаи КИН установлены при повышении концентрации креатинина более чем на 25 %, или на 0,5 мг/дл (44 мкмоль/л) по сравнению с исходной в течение 48–72 часов после внутрисосудистого введения контраста при отсутствии альтернативной причины. На госпитальном

этапе проводилась оценка конечных точек – неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

Результаты. В группе с КИН (52 пациента (7,2 %) значимо чаще выявлены случаи сахарного диабета (СД) и хронической болезни почек (ХБП) в анамнезе, клинически выраженной острой сердечной недостаточности (ОСН) – II–IV классов по Killip и более низкой ФВ ЛЖ по сравнению с группой с нормальной почечной функцией. На госпитальном этапе шансы развития ранней постинфарктной стенокардии при наличии КИН возрастали в 2,5 раза (95 % ДИ: 1,26–5,05), рецидива ИМ – в 5,4 (95 % ДИ: 2,69–10,64), всех несмертельных осложнений – в 5,1 (95 % ДИ: 2,85–9,17), смертельных осложнений – в 4,1 раза (95 % ДИ: 1,99–8,29). Наличие ОСН II–IV классов по Killip увеличивает шансы развития КИН в 2,2 раза, наличие СД также.

Выводы. КИН диагностирована у 7,2 % больных ИМпСТ, подвергшихся рентгенэндоваскулярным вмешательствам, и ассоциирована с СД, ХБП в анамнезе, выраженной ОСН (II–IV класс по Killip), снижением ФВ ЛЖ. СД и клинически выраженная ОСН (II–IV класс по Killip) явились независимыми предикторами КИН у больных ИМпСТ.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Р. К. КАНТЕМИРОВА, З. Д. ФИДАРОВА, Е. В. БУБОЧКИНА

Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г. А. Альбрехта» Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Анализ отдаленных результатов оперативного лечения ишемической болезни сердца (ИБС) в зависимости от вида хирургической реваскуляризации миокарда (ХРМ) и эффективности медико-социальной реабилитации у пациентов пожилого возраста.

Материалы и методы. Обследовано 175 больных ИБС пожилого возраста (средний возраст составил $64 \pm 4,4$ года), перенесших ХРМ. Пациенты распределились в соответствии с типом ХРМ: аортокоронарное шунтирование (АКШ) было выполнено 76 пациентам (43,4 %), стентирование – 99 (56,6 %). Для оценки результатов ХРМ и эффективности медико-социальной реабилитации использовали показатели, характеризующие клинический статус больных: структуру рецидивов и функциональный класс (ФК) стенокардии,

стадию ХСН, резюмирующий медико-экспертный показатель – степень нарушения функции кровообращения (НФК) и степень ограничения жизнедеятельности (ОЖД).

Результаты. По анамнестическим данным коронарографии, 36,6 % имели трехсосудистое поражение, при котором достоверно чаще выполнялась операция АКШ, чем стентирование (53,9 и 23,2 % соответственно, $p < 0,01$), тогда как при двухсосудистом поражении – стентирование (17,1 и 36,4 % соответственно, $p < 0,05$). В обеих группах преобладала стенокардия напряжения невысоких, I и II, ФК (4 и 67,4 %), высокий, III, ФК был представлен небольшим количеством (9,1 %), в то время как IV ФК не встречался. В обеих группах в 29,7 % случаев наглядно подтверждается успешность реваскуляризации мио-

карда отсутствием рецидива стенокардии на всем сроке наблюдения. Также отмечено, что на второй год после операции рецидивы стенокардии у пациентов обеих групп в равной степени регистрировались в 4 раза реже (7,6 %), а на третий год отмечалось резко выраженное снижение возникновения рецидивов (2,9 %) в обеих группах. Достоверные различия по ХСН между пациентами в зависимости от типа ХРМ отсутствовали, в обеих группах чаще встречалась стадия ПА ХСН (50 % в группе АКШ, 50,8 % – в группе стентирования). При вынесении экспертного решения у большинства больных обеих групп была установлена 2-я степень НФК (АКШ – 63,2 % и 62,6 % в группе стентирования). Также равное распределение пациентов наблюдалось при 3-й степени НФК. Существенно меньше была доля пациентов с 1-й степенью НФК (в группе АКШ – 7,9 % и 11,1 % – в группе стентирования). В нашем исследовании значимые различия в отношении реабилитационного прогноза в зависимости от вида ХРМ отсутствовали. В обеих группах большинство пациентов имели относитель-

но благоприятный (после АКШ – 52,6 %, после стентирования – 55,3 %) и благоприятный (1,7 %) реабилитационный прогноз (тенденция к стабилизации или уменьшению степени НФК).

Анализ итоговой медико-экспертной оценки состояния больных после ХРМ и степени ОЖД продемонстрировал существенно меньшую «тяжесть» инвалидности, что позволило не признавать инвалидами 1,3 % больных после АКШ и 1 % больных после стентирования. Доля пациентов, признанных инвалидами меньшей группы, чем до ХРМ, была значимо больше и составила 10 % после АКШ и 9,2 % в группе стентирования. Не было пациентов, которым была бы определена более тяжелая группа.

Выводы. ХРМ является эффективным реабилитационным методом у пожилых больных ИБС. Независимо от типа, ХРМ позволяет уменьшить тяжесть инвалидности, о чем свидетельствуют стойкая нормализация клинико-функциональных показателей, благоприятный реабилитационный прогноз, частичное или полное восстановление нормальной жизнедеятельности.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКУЮ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА, С УЧЕТОМ ПОЛОЖЕНИЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

Р. К. КАНТЕМИРОВА, З. Д. ФИДАРОВА, С. В. СЕРДЮКОВ, А. З. КАБУЛОВА

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы,
протезирования и реабилитации инвалидов им. Г. А. Альбрехта», Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности (ОЖД) и здоровья (МКФ) в соответствии с рекомендацией ВОЗ предлагается использовать в качестве основы для точности определения и измерения инвалидности и показателей нарушений функций организма, а также для оценки эффективности реабилитации.

Цель. Исследование индивидуального профиля ограничений жизнедеятельности, составленного с учетом положений МКФ, как инструмента для оценки эффективности реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы. Методом парных оценок анализировались результаты реабилитации инвалидов пожилого возраста (ПВ), страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших хирургическую реваскуляризацию миокарда (ХРМ).

Результаты. В терапевтическом отделении СПбНЦЭПР был проведен анализ клинических

и инструментальных данных у инвалидов вследствие ИБС, перенесших ХРМ. В исследовании участвовали 365 пациентов с выполненной ХРМ в прошлом (срок наблюдения от 6 месяцев до 5 лет), в том числе 198 пациентов (54,25 %), подвергшихся операции стентирования коронарных артерий, и 167 пациентов (45,75 %) с аорто(маммаро)коронарным шунтированием коронарных артерий. Из них 175 человек трудоспособного возраста (ТВ) и 190 человек пенсионного возраста (ПВ).

Проведено кодирование параметров нарушений функций организма в соответствии с правилами кодирования, принятыми в МКФ на основе детализированной классификации. Болевые ощущения оценивались в блоке «боль» (b280–289) и специфические функции «боль в грудной клетке» (b28011) в соответствии с Канадской классификацией стенокардии напряжения. Применялся общий определитель с негативной шкалой для обозначения величины и выраженности наруше-