

5. Ipatov A.V., Drozdova I.V., Lysunets O.M. The role of personality factors in limiting life in patients with congenital heart disease after surgical treatment guidelines for doctors medical expert institutions and health care institutions. Dnepropetrovsk: Porogu; 2011. (in Ukraine)
6. Baumgarthner H., De Groot N. et al. ESC Guidelines for the management of grown-up congenital heart disease ESC Guidelines for the management of grown-up congenital heart disease (new version 2010). The Task Force on the Management of Grown-up Congenital Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur. Heart J.* 2010; 31(23): 2915–7.
7. Lysunets O.M., Hanyukova I.Y., Drozdova I.V. et al. Problems of medical experts and rehabilitation care to patients with congenital heart defects. *Eng. Journal of Medical and Social Expertise.* 2012; 2(4): 26–31. (in Ukraine)
8. Ponomarenko V.M., Nagorna A.M., Panasenko G.V. International Statistical Classification of Diseases (ICD-10): short adaptation for use in Ukraine (in three sections). Kiev; 1998. (in Ukraine)
9. Kovalenko V.M., Lutay M.I., Syrenko Y.M. Cardiovascular disease. Classification standards for diagnosis and treatment of cardiac patients. Kiev: Moryon; 2011. (in Ukraine)
10. Raigorodskii D.Y. *Practical psychodiagnostics. Methods and tests. [Prakticheskaya psikhodiagnostika. Metody i testy.]* Samara: Bachrach; 2002. (in Russian)
11. Babak V.P., Beletskyi A.Y., Pristavka O.P. et al. Statistical analysis of the data. Kiev: MIVVTS; 2001. (in Ukraine)
12. Drozdova I.V., Lysunets O.M., Korobkin Y.I., Hanyukova I.Y., Tkachenko J.V., Matsuga O.M. et al. The leading cause of Disability in patients with congenital heart disease. *Zaporizhia medical journal.* 2012; 4: 11–4. (in Ukraine)

Поступила 30.06.13
Received 30.06.13

© НЕПОМНЯЩАЯ О.В., ИВЧЕНКО О.А., 2014

УДК 616.137.83/.93-004.6-08-036.865

¹Непомнящая О.В., ²Ивченко О.А.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ИНВАЛИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ В СТАДИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ МЕТОДОВ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ

¹ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Томской области», 634009, г. Томск; ²Сибирский государственный медицинский университет, 634050, г. Томск

Работа посвящена вопросу оценки тяжести инвалидности после альтернативных методов консервативной терапии у больных с хронической ишемией нижних конечностей вследствие сосудистой патологии. Расчет коэффициента тяжести инвалидности по формуле в баллах в клинической практике позволит оценить эффективность методов лечения, применяемых у больных с критической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза.

Ключевые слова: заболевания сосудов нижних конечностей; облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей; инвалидность; тяжесть инвалидности вследствие хронической ишемии конечности; эффективность лечения.

SEVERITY ASSESSMENT OF THE DISABILITY IN PATIENTS WITH CRITICAL LIMB ISCHEMIA IN ATHEROSCLEROTIC LESIONS OF MAJOR ARTERIES IN THE REMOTE PERIOD AFTER ALTERNATIVE CONSERVATIVE THERAPY

¹Nepomnyashchaya O.V., ²Ivchenko O.A.

¹The Main Bureau for Medical and Social Expertise in the Tomsk Area, 634009, Tomsk, Russian Federation; ²Siberian State Medical University, 634050, Tomsk, Russian Federation

The following article has been dedicated to the assessment of the disability severity after medical therapy in patients with chronic limb ischemia due to vascular disease. Generally, in clinical practice score calculation of the disability severity according to the formula will assess the effectiveness of the treatments used in patients with critical lower extremities ischemia of atherosclerotic origin.

Key words: vascular diseases of the lower limbs; atherosclerosis of the lower extremities; disability; severity of disability due to chronic limb ischemia; efficacy of treatment.

На современном этапе одним из приоритетных направлений социальной политики государства является решение проблем лиц с ограниченными возможностями [1, 2]. Инвалидность является не только индикатором здоровья нации, отражает социально-

экономическое состояние общества, но также в конечном итоге характеризует национальную безопасность страны [3, 4].

В России инвалиды составляют более 10% от общей численности населения, т. е. около 15 млн человек [5].

Вместе с тем реальные цифры выхода сосудистых больных на инвалидность в литературе освещены недостаточно [6]. Эпидемиологические данные показывают, что в Российской Федерации частота облитери-

Для корреспонденции:

Непомнящая Ольга Викторовна – канд. мед. наук, врач по МСЭ, хирург – руководитель бюро МСЭ № 6 смешанного профиля; e-mail: diamondolga2006@rambler.ru, doctorolga_78@mail.ru.

рующего атеросклероза артерий нижних конечностей 300 случаев на 1 млн населения в год, что составляет 20% от всех видов сердечно-сосудистой патологии и 3,5% от общего числа инвалидов [7–10].

По своей специфике данные заболевания имеют мультифокальный характер поражения сосудистых бассейнов, а у 43% больных встречается быстро прогрессирующий тип атеросклеротического процесса, что в конечном итоге неизбежно ведет к ампутации [6, 7, 9, 11].

С каждым годом возрастает количество ампутаций у сосудистых больных трудоспособного возраста, что приводит к стойкой утрате трудоспособности, пополняет контингент потенциальных инвалидов, а значит, определяет необходимость поиска адекватных методов их лечения и реабилитации [6, 9].

Консервативное и хирургическое лечение больных с тромбооблитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей следует рассматривать как составную часть реабилитационных мероприятий [7–9, 11]. Прогноз при хронической ишемии нижних конечностей драматичен: смертность пациентов после консервативной терапии через 3 года наблюдения составляет 19%, за 5 лет наблюдения – 31%. Для сравнения: после оперативных методов лечения через 2 года у 31,6% больных наступает летальный исход; у 25–50% больных через 2–5 лет развивается необратимая ишемия второй конечности [12–14].

Анализ литературы последних лет свидетельствует об отсутствии стандартизации тактики лечения хронической артериальной недостаточности нижних конечностей, что приводит к высокому уровню инвалидности и летальности, создавая социально-экономическую напряженность в обществе [7, 8, 13, 15, 16].

Таким образом, взгляд на лечебную тактику и хирургическую стратегию по поводу атеросклероза аорты и артерий нижних конечностей в снижении уровня инвалидности и летальности остается открытым, делая данную проблему актуальной, окончательно не решенной.

Таблица 1

Распределение больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей по полу и возрасту

Пол	Возраст, полных лет				Всего
	< 50	51–60	61–70	> 71	
Мужчины	14 (15,1)	27 (29)	31 (33,3)	9 (9,7%)	81 (87,1)
Женщины	0	1 (1,1)	8 (8,6)	3 (3,2)	12 (12,9)
Итого...	14 (15,1)	28 (30,1)	39 (41,9)	12 (12,9)	93 (100)

Примечание. Здесь и в табл. 2: в скобках – проценты.

Таблица 2

Распределение пациентов по локализации окклюзионно-стенозных поражений

Уровень поражения	1-я группа (n = 42)	2-я группа (n = 51)
Бедренно-подколенный сегмент	19 (45,2)	21 (41,2)
Подколенная артерия	14 (33,4)	12 (23,5)
Подколенно-тибиальный сегмент	5 (11,9)	8 (15,7)
Артерии голени	4 (9,5)	10 (19,6)

Цель и задачи исследования – проанализировать результаты и тяжесть инвалидности у больных в стадии критической ишемии при атеросклеротическом поражении магистральных артерий инфраингвинального сегмента в отдаленном периоде после альтернативных методов консервативной терапии.

Материал и методы

На базе ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Томской области» за период с 2003 по 2012 г. был выборочно проведен ретроспективный анализ 93 актов экспертных заключений контингента граждан, которые были обследованы и получали лечение в отделении хирургии сосудов ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница» (ОГАУЗ ТОКБ).

Критериями отбора пациентов для проводимого нами исследования являлись:

1. Наличие у больных клинических признаков критической хронической ишемии нижних конечностей атеросклеротического генеза III, IV стадии.
2. Длительность заболевания не менее 3 лет.
3. Курсы стационарного лечения не менее 2 раз в год.

Больных на медико-социальную экспертизу направляли учреждения здравоохранения после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Отдаленные результаты прослежены в сроки до года, от 1 года до 3 лет, от 3 до 5 лет, от 5 до 7 лет и 10 лет.

Для оценки клинических проявлений хронической артериальной недостаточности нижних конечностей использовали модифицированную классификацию А.В. Покровского – R. Fontaine (Российский консенсус, Москва, 2001).

Большую часть пациентов составили мужчины – 81 больной, женщин было 12. Возраст пациентов варьировал от 41 года до 80 лет (средний возраст составил $60,6 \pm 1,9$ года) (табл. 1).

Следует отметить, что 64 (68,8%) пациента имели клинику хронической критической ишемии нижних конечностей III ст., а 29 (31,2%) больных – IV ст., т. е. с язвенно-некротическим поражением мягких тканей стоп и голеней.

В зависимости от вида консервативной терапии, которую проводили в отделении хирургии сосудов ОГАУЗ ТОКБ, больные были разделены нами на 2 группы: у 42 больных в комплексном лечении использовали вазопростан (простагландин E1) курсом 10 капельниц по 60 мкг, у 51 пациента – другие реологические препараты (трентал, актовегин, реополиглюкин и др).

Проведенная оценка состояния артериального русла нижних конечностей выявила сходность вариантов поражения у пациентов 1-й и 2-й групп (табл. 2).

Как видно из табл. 2, в обеих группах преобладали поражения бедренно-подколенного сегмента – в 1-й группе 45,2%; во 2-й группе 41,2%, поражение артериального русла на уровне подколенной артерии – в 1-й группе 33,42%; во 2-й группе 23,5%, дистальная форма поражения артериального русла – в 1-й группе 21,4%; во 2-й группе 35,3%.

Сосудистые реконструктивные операции выполнены в 1-й группе у 15 и во 2-й группе у 12 больных.

Таблица 3

Показатели, отражающие тяжесть инвалидности в отдаленном периоде после альтернативных методов консервативной терапии

Показатель	Стандартная консервативная терапия	Вазопроста
Количество больных, перенесших ампутации, в данной группе, % по отношению к численности группы	55,3	28,6
Количество больных, перенесших ампутации, в данной группе, абс.	21	14
Суммарное количество баллов, характеризующее тяжесть инвалидности в группе	278	125
Коэффициент тяжести инвалидности	13,2	8,9

Характер оперативных вмешательств на артериальном русле выглядел следующим образом: бедренно-подколенное шунтирование выше щели коленного сустава у 12 (44,5%) больных, бедренно-подколенное шунтирование ниже щели коленного сустава у 11 (40,7%), поясничная симпатэктомия в чистом виде у 4 (14,8%).

Результаты и обсуждение

Из числа прооперированных пациентов артериальная реконструкция оказалась неэффективной (тромбоз шунта) у 4 (26,7%) больных 1-й группы и у 7 (58,3%) больных 2-й группы. После проведенного лечения с применением вазопроста в комбинации с артериальной сосудистой реконструкцией сохранить конечность удалось у 73,3% больных 1-й группы и у 41,7% – 2-й группы соответственно.

Отдаленные результаты были также рассмотрены у больных, у которых либо не выполнялись артериальные сосудистые реконструкции, либо были безуспешными (1-я группа – 31, 2-я группа – 46 пациентов).

Наибольшая летальность отмечалась у пациентов в сроки от 1 года до 3 лет, которая в 1-й группе составила 38,7%, а во 2-й группе – 41,3%.

Для оценки эффективности лечения мы применили способ оценки тяжести инвалидности в баллах, а именно: удаление некротизированных тканей (ампутация пальцев стопы, экзартикуляция пальцев стопы, ампутация стопы на уровне сустава Шопара, на уровне сустава Лисфранка) 1 балл, малая ампутация (ампутация на уровне голени) 5 баллов, большая ампутация (ампутация на уровне бедра) – 10 баллов. За каждый вариант оперативного вмешательства пациенту (на каждую конечность в отдельности) назначалось соответствующее количество баллов. Например, если пациенту на одной ноге выполнили малую ампутацию, а на второй – большую, то количество баллов, определяющее тяжесть инвалидности, рассчитывалось так: 5 (малая ампутация) + 10 (большая ампутация) = 15 баллов. Затем вычислялось суммарное количество баллов на группу, характеризующее тяжесть инвалидности в группе.

В табл. 3 представлены расчеты показателей, отражающие тяжесть исходов (тяжесть инвалидности) через 1 год после госпитализации.

С учетом вышеизложенного предлагаемая нами

формула расчета коэффициента тяжести инвалидности следующая: количество баллов в данной группе / количество больных, перенесших ампутации в течение 1 года после госпитализации в данной группе.

Заключение

Сравнительный анализ полученных данных свидетельствует о том, что применение вазопроста и особенно в комбинации с сосудистой реконструкцией на артериях инфраингвинального сегмента характеризуется очевидным увеличением частоты сохранения конечности у больных в стадии хронической критической ишемии нижних конечностей. Это также способствует уменьшению тяжести инвалидности и снижает показатель летальности у данной категории пациентов. Предложенный способ оценки тяжести инвалидности в баллах в клинической практике позволит оценивать эффективность лечения у больных с патологией сосудов нижних конечностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пузин С.Н. *Инвалидность в Российской Федерации*. М.; 2006.
2. Пузин С.Н. Пути повышения качества жизни лиц с ограниченными возможностями здоровья. *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. 2009; 2: 7–10.
3. Пузин С.Н., Лукьянов А.Н., Ковшарь Ю.А. Некоторые особенности социально-гигиенической характеристики первичной инвалидности. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2005; 4: 3–8.
4. Гришина Л.П. Инвалидность как многофакторная проблема. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2006; 2: 27–30.
5. Лаврова Д.И. Инвалидность вследствие болезней органов кровообращения взрослого и детского населения. *Медико-социальные проблемы инвалидности*. 2012; 2: 78–81.
6. Пузин С.Н. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация больных с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей*. М.: Медицина; 1995.
7. Золоев К.Г. *Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности*. М.; 2004.
8. Покровский А.В. *Клиническая ангиология*. М.: Медицина; 2004; т. 1–2.
9. Сыгин Л.В., Золоев Г.К., Васильченко Е.М. *Реабилитация инвалидов с нарушениями функций опоры и движения*. Новосибирск; 2003.
10. Inter-Society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II). *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 2007; 33 (1): 28–44.
11. Кириенко А.И., Кошкин В.М., Богачев В.Ю. *Амбулаторная ангиология*. М.: Литера; 2007.
12. Бегма А.Н. Оценка различных методов хирургического лечения и оптимальная модель хирургической реабилитации больных и инвалидов с синдромом диабетической стопы. *Медико-социальные проблемы инвалидности*. 2012; 2: 51–6.
13. Верткина Н.В. Клиническая эффективность современных хирургических методов при лечении облитерирующих поражений артерий инфраингвинальной локализации. *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. 2007; 1(2): 130–2.
14. Гавриленко А.В. Хирургическое лечение больных с критической ишемией нижних конечностей, обусловленной поражениями артерий инфраингвинальной локализации. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2008; 14(3) 111–7.

15. Дивеев В.А. Пути улучшения результатов лечения критической ишемии у больных атеротромботическими заболеваниями артерий нижних конечностей. Сердечно-сосудистые заболевания. *Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН*. 2008; 9 (3, приложение): 90.
16. Исмаилов Н.Б., Веснин А.В. Тактика хирургического лечения хронической ишемии нижних конечностей IV степени у больных в возрасте 70 и более лет. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2008; 14(2): 123–7.

REFERENCES

1. Puzin S.N. *Disability in the Russian Federation. [Invalidnost' v Rossiyskoy Federatsii.]* Moscow; 2006. (in Russian)
2. Puzin S.N. The ways of improvement of the quality of life of persons with limited opportunities of health. *Messenger of the All-Russian society of experts in medico-social examination, rehabilitation and rehabilitation industry*. 2009; 2: 7–10. (in Russian)
3. Puzin S.N., Lukyanov A.N., Kovshar Y.A. Some features of the social and hygienic characteristic of primary disability. *Mediko-Sotsyal'naya Ekspertiza i Reabilitatsiya*. 2005; 4: 3–8. (in Russian)
4. Grishina L.P. Disability is the multiple-factor problem. *Mediko-Sotsyal'naya Ekspertiza i Reabilitatsiya*. 2006; 2: 27–30. (in Russian)
5. Lavrova D.I. Disability owing to cardiovascular diseases of the adult and children's population as a global public health challenge. *Medico-social problems of disability*. 2012; 2: 78–81. (in Russian)
6. Puzin S.N. *Medico-social examination and rehabilitation of the patients with lower limb ischemia. [Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya bol'nykh s obliteriruyushchimi zabolevaniyami arteriy nizhnikh konechnostey.]* Moscow: Meditsina; 1995. (in Russian)
7. Zoloyev K.G. *The chronic occlusive disease of the aorta and major arteries. Surgical management and rehabilitation after lower extremity amputations in adults. [Obliteriruyushchie zabolevaniya arteriy. Khirurgicheskoe lechenie i reabilitatsiya bol'nykh s utratoy konechnosti.]* Moscow; 2004. (in Russian)
8. Pokrovsky A.V. *Angiology. [Klinicheskaya angiologiya.]* Moscow: Meditsina; 2004. (in Russian)
9. Sytin L.V., Zoloyev G. K., Vasilchenko E.M. *Rehabilitation of disabled people with violations of functions of a support and movement. [Reabilitatsiya invalidov s narusheniyami funktsiy opory i dvizheniya.]* Novosibirsk; 2003. (in Russian)
10. Inter-Society Consensus for the management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 2007; 33 (1): 28–44.
11. Kiriyenko A.I., Koshkin V.M., Bogachev V. Y. *Out-patient angiology. [Ambulatomnaya angiologiya.]* Moscow: Litera; 2007. (in Russian)
12. Begma A.N. Assessment of various methods of the surgical management and rehabilitation of diabetic patients with lower limb critical ischaemia induced by lesions of the peripheral arteries. *Medico-social problems of disability*. 2012; 2: 51–6. (in Russian)
13. Vertkina N. V. Efficiency of the modern surgical treatment of chronic arterial insufficiency of the lower extremities. *Messenger of the All-Russian society of experts in medico-social examination, rehabilitation and rehabilitation industry*. 2007; 1(2): 130–2. (in Russian)
14. Gavrilenko A.V., Skrylev S.I. Surgical management of patients with lower limb critical ischaemia induced by lesions of infringuinal arteries. *Angiology and vascular surgery*. 2008; 14 (3): 111–7. (in Russian)
15. Diveev V.A. The ways of improvement and results of the treatment of critical chronic arterial insufficiency of the lower extremities. Cardiovascular diseases. *Byulleten' NTsSSKh im. A.N. Bakuleva RAMN*. 2008; 9(3). (in Russian)
16. Ismailov N. B., Vesnin A.V. Surgical policy in patients aged 70 years and over presenting with grade IV chronic ischaemia of lower limbs. *Angiology and vascular surgery*. 2008; 14 (2): 123–7. (in Russian)

Поступила 23.09.13
Received 23.09.13

Уважаемые читатели!

ОАО «Издательство «Медицина» уведомляет вас о том, что с 14 марта 2014 года
адрес местонахождения издательства:
**109029, г. Москва, ул. Скотопрогонная, д. 29/1
(Автомобильный проезд, д. 1), подъезд № 15**

Почтовый адрес для отправки корреспонденции:
115088, г. Москва, ул. Новоостاپовская, д. 15, стр. 14

Телефон редакции журнала «Медико-социальная экспертиза»:
+7 495 678 63 95