

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 некрэктомия 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., Бурева 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-