

Сучасні підходи до визначення порушень життєдіяльності у практиці сімейного лікаря

Л.Ю. Науменко, І.С. Борисова, В.М. Березовський

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Інвалідність внаслідок серцево-судинних захворювань в Україні продовжує посідати перше рангове місце у структурі первинної інвалідності як серед дорослого населення (22,4%), так і серед населення працездатного віку (19,4%). Функціональний клас (ФК) стенокардії є одним з провідних клінічних факторів, що визначають наявність обмежень життєдіяльності хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), зумовлюючи порушення активності.

На підставі сучасних діагностичних критеріїв, класифікаційних підходів, диференційно-діагностичних можливостей використання проб з фізичним навантаженням (ФН) та провідних підходів медико-соціальної експертизи були визначені основні критерії життєдіяльності, що порушуються у хворих на ІХС та продемонстровано тактику сімейного лікаря в умовах необхідності направлення хворих з ознаками інвалідності на медико-соціальну експертну комісію (МСЕК). Внаслідок ІХС у хворих та інвалідів формуються обмеження життєдіяльності, які стають причиною формування ознак інвалідності. Основними такими критеріями є: здатність до пересування або мобільність; здатність до самообслуговування і виконання побутової діяльності; здатність до виконання завдань і дій, які забезпечують зайнятість та економічну незалежність.

ФК стенокардії є провідним клінічним фактором, який визначає наявність обмежень життєдіяльності у хворих на ІХС. Визначення вираженості синдрому стенокардії у хворих та інвалідів при ІХС за загальноприйнятими класифікаціями при винесення рішення МСЕК про визнання громадянина інвалідом, потребує документального доведення наявності ознак інвалідності через виявлення порушень життєдіяльності. При цьому, основними методами об'єктивізації даних критеріїв є методи дослідження, які підтверджують і об'єктивізують ФК при ІХС. Це – проби з ФН (толерантність до ФН, потужність порогового ФН, енерговитрати, метаболічні одиниці); прогностичні критерії, що виявлені при дозованому ФН та реакція артеріального тиску на дозоване ФН. Проведення проб з ФН є обов'язковим дослідженням при направленні хворого (інваліда) на МСЕК для об'єктивізації стану серцево-судинної системи хворого (інваліда) задля виявлення порушень критеріїв життєдіяльності – ознак інвалідності при ІХС.

Ключові слова: інвалідність, критерії життєдіяльності, функціональний клас стенокардії, сімейний лікар.

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є провідною причиною інвалідності в Україні та у всьому світі. За офіційними статистичними даними, в Україні протягом останніх десятиріч захворюваність на ССЗ зростає практично вдвічі [1, 4]. Стабілізація рівня захворюваності, збереження позитивної динаміки смертності від хвороб системи кровообігу можуть бути досягнуті не тільки за умов первинної профілактики (комплексної дії на чинники, що впливають на стан здоров'я населення, підвищення мотивації людей до дотримання здорового способу життя), а й методами вторинної профілактики – використання ефективних методів ліку-

вання ішемічної хвороби серця (ІХС) і запобігання інвалідності.

У 2015 році інвалідність внаслідок ССЗ посідала перше рангове місце у структурі первинної інвалідності, як серед дорослого населення (22,4%), так і серед людей працездатного віку (19,4%) [1–3]. Відомо, що у хворих внаслідок ІХС формуються обмеження життєдіяльності (активності та участі), які і стають причиною формування ознак інвалідності. Основними категоріями, що частіше обмежують життєдіяльність хворих з ІХС є:

- здатність до пересування (мобільності);
- здатність до самообслуговування і виконання побутової діяльності;
- здатність до виконання професійних обов'язків, завдань і дій, які забезпечують зайнятість і економічну самостійність [1].

Функціональний клас (ФК) стенокардії є показником тяжкості стабільної стенокардії. Для визначення ФК використовують класифікацію, яка базується на оцінюванні порогового рівня фізичного навантаження (ФН), під час якого з'являються симптоми захворювання. ФК стенокардії характеризує максимальне обмеження фізичних можливостей пацієнта, і в певні проміжки часу його самопочуття може бути кращим [4, 6]. У зв'язку з цим, саме ФК стенокардії є одним з провідних клінічних факторів, що визначають наявність обмежень життєдіяльності хворих на ІХС, зумовлюючи зазначені вище порушення критеріїв життєдіяльності (активності та участі).

Мета дослідження: на підставі сучасних діагностичних критеріїв, класифікаційних підходів, диференційно-діагностичних можливостей використання проб з фізичним навантаженням та провідних підходів медико-соціальної експертизи визначити основні критерії життєдіяльності, що порушуються у хворих на ІХС та продемонструвати тактику сімейного лікаря в умовах необхідності направлення хворих з ознаками інвалідності на медико-соціальну експертну комісію (МСЕК).

У повсякденній клінічній практиці сімейний лікар оцінює вираженість синдрому стенокардії напруги відповідно до Канадської класифікації стенокардії ФК [4, 5, 9]. Для своєчасного направлення хворих з ІХС на медико-соціальну експертизу (МСЕ) сімейному лікарю важливо розуміти, які обмеження життєдіяльності виникають у хворих з різними ФК стенокардії.

У хворих на ІХС з I ФК стенокардії порушення здатності до мобільності немає. Такі хворі добре переносять звичайну фізичну активність (ФА). Напади стенокардії виникають тільки при ФН високої інтенсивності, які виконувалися хворими у значному темпі. Хворі без обмежень ходять швидким темпом і піднімаються по сходах. Отже, жодних порушень життєдіяльності у хворих на ІХС з I ФК стенокардії не виникає.

У хворих на ІХС з II ФК стенокардії виявляють обмеження здатності до мобільності не більше 1-го ступеня. Це проявляється помірним обмеженням звичайної ФА: приступи стенокардії виникають під час ходьби по рівній місцевості на відстань більше 500 м, при підйомі більш ніж на 1 поверх. Ймовірність виникнення нападу стенокардії збільшується

при ходьбі в холодну погоду, при емоційному збудженні або в перші години після пробудження. У таких хворих здатність до мобільності обмежується частим виникненням нападів стенокардії, які ефективно припиняються після застосування нітрогліцерину. Тактикою сімейного лікаря у зв'язку з цим є активна медикаментозна корекція із залученням пролонгованих форм нітратів.

Обмеження мобільності хворих з II ФК стенокардії може посилюватися поєднанням стенокардії з порушенням ритму (ПР) або провідності серця, що потребує проведення ЕКГ-дослідження. Можуть бути виявлені: екстрасистоля I–II градаций, передсердні екстрасистоли, пароксизм мерехтіння і тріпотіння передсердь, A-V блокади I та II ступенів і блокади ніжок пучка Гіса. На тлі даних порушень у хворих виявляються ознаки серцевої недостатності (СН) I або II стадії. Сімейному лікарю важливо знати, що СН I або II стадії також не є критерієм направлення на МСЕ у зв'язку з тим, що на тлі таких порушень у хворих виникають незначні початкові порушення мобільності, які не заважають хворим виконувати професійні обов'язки і залишають їх повністю активними.

У хворих на ІХС з III ФК стенокардії обов'язково наявні обмеження здатності до мобільності 2-го ступеня. Відзначається виражене зниження звичайної ФА у зв'язку з тим, що напади стенокардії напруги виникають під час ходьби у звичайному темпі по рівній місцевості на відстані 100–500 м, при підйомі на перший поверх; частота нападів становить від 2 до 5 і більше на добу, майже щодня, супроводжуючись іноді задишкою, тахікардією, холодним потом, перепадами АТ. У таких хворих нітрогліцерин не завжди усуває напади стенокардії.

Обмеження мобільності можуть бути підсилені поєднанням стенокардії III ФК з СН II Б стадії, гіпертонічною хворобою (ГХ), ПР і провідності. Тактика сімейного лікаря в таких випадках повинна бути наступною. У зв'язку з тим, що у хворого виникли обмеження до пересування та здатності виконувати професійні обов'язки на тлі СН II Б стадії, він негайно повинен бути направлений на стаціонарне лікування. Хворий повинен отримати активне медикаментозне (відповідно сучасних протоколів) та відновне (фізіотерапевтичне і санаторно-курортне) лікування. За умов не отримання позитивної динаміки (зменшення ФК стенокардії напруги та СН) протягом 4 міс хворий повинен бути направлений сімейним лікарем на МСЕ.

У хворих на ІХС з IV ФК стенокардії виникають обмеження здатності до мобільності 3-го ступеня. Стенокардія напруги виникає при невеликих ФН, ходьбі по рівній місцевості на відстані менше 100 м. При цьому, для хворих характерний розвиток нападів стенокардії в спокої, особливо при підвищеному АТ, тахікардії, емоційних навантаженнях і в нічний час. Частота нападів стенокардії і кількість таблеток нітрогліцерину становлять 10 і більше протягом доби (нітрогліцерин не завжди є ефективним). Мобільність хворого може також обмежуватися поєднанням IV ФК стенокардії з вираженими ПР і провідності серця (шлунчкові екстрасистоли I–III градаций; мерехтіння або тріпотіння передсердь; A-V блокади різних ступенів; блокади ніжок пучка Гіса): із СН ІІБ–ІІІ стадій; з ГХ.

Отже, на тлі зазначених вище порушень з боку ССС у хворих на ІХС з IV ФК стенокардії виникають обмеження здатності до мобільності 3-го ступеня, до виконання трудової діяльності 3-го ступеня і, як правило, уже є інвалідами. Якщо група інвалідності ще не визначена, сімейний лікар повинен направити такого хворого на МСЕ.

Для об'єктивізації ФК стенокардії напруги та їхньої диференціації проводиться велоергометрична проба (ВЕП) з дозованим ФН або тредміл-тест з урахуванням етіопатогенезу та клініко-функціональних проявів [4–8]. Ці дослідження визначають незначні, помірні, виражені і значно виражені порушення хворих (інвалідів) до мобільності, що зумовлю-

ють ступінь здатності до пересування, самообслуговування і виконання побутової діяльності та виконання завдань і дій, що забезпечують зайнятість і економічну самостійність.

Визначення показників фізичної працездатності при ВЕП або на тредміл-тесті та при спіроергометрії є дослідженнями, що кількісно конкретизують у хворих ступінь зниження перенесення ФН (толерантність до ФН, працездатність, «Working capacity»), і, таким чином, зниження критеріїв життєдіяльності – здатність до пересування, мобільності та самообслуговування.

Під терміном «толерантність до ФН» розуміють потужність останнього ступеня (Вт), виконаної протягом 2–3 хв без ознак її непереносимості. Тolerантність до ФН може бути оцінена як: дуже низька (за потужності 25 Вт); низька (50 Вт); середня (75–100 Вт); висока (125 Вт і вище) [6]. Переносимість ФН також можна оцінити за наступними додатковими показниками: обсяг виконаної роботи (кг/м); порогова потужність (Вт); потужності навантаження, за якої проявляються критерії припинення проби; хронотропний резерв серця (приріст НС на момент припинення проби по відношенню до вихідного); інотропний резерв серця (приріст систолічного АТ на момент припинення проби по відношенню до вихідного рівня). Фізичну працездатність можливо обчислювати також в метаболічних еквівалентах (МЕТ) або визначити калориметричну ціну виконаного ФН (враховуючи, що 1 л кисню дорівнює 4,82 ккал). Даний показник є особливо важливим під час розроблення індивідуальних програм реабілітації (ІПР) для хворих на ІХС та визначенні трудових рекомендацій.

Дані проб з ФН оцінюють за класифікацією ФК ІХС ЦЕТИНУ та Інституту серцево-судинної хірургії імені О.М. Бакулева, ВКНЦ. Для хворих I ФК характерні наступні показники за даними ВЕП: потужність порога більше 100 Вт; метаболічні одиниці – більше 7; енерговитрати – 125 кал/кг; приріст серцевого індексу – 78. Для хворих II ФК характерні наступні показники за даними ВЕП: потужність порога більше 75–100 Вт; метаболічні одиниці – більше 5–7; енерговитрати 90–120 кал/кг; приріст серцевого індексу – 62. Для хворих III ФК характерні наступні показники за даними ВЕП: потужність порога більше 25–50 Вт; метаболічні одиниці – більше 3–5; енерговитрати – 60–90 кал/кг; приріст серцевого індексу – 45. Для хворих IV ФК характерні наступні показники за даними ВЕП: потужність порога менше 25 Вт; метаболічні одиниці – менше 3; енерговитрати – 60–90 кал/кг; приріст серцевого індексу – 25.

Статистичні дані свідчать, що під час ВЕП частота випадків смерті або зупинки серця становить від 0 до 6, а ІМ – від 2 до 10 на 10 000 досліджень, ці показники значною мірою залежать від основного захворювання серця [3]. Під час тесту слід проводити ретельний моніторинг ЕКГ, ЧСС, АТ. Постійний контроль ЕКГ необхідний для своєчасного виявлення порушень ритму, відхилень сегмента ST та інших маркерів ішемії міокарда [3]. Важливо, щоб хворі, тим більше люди з інвалідністю, виконували роботу, яка б не спричинювала прогресування у них ІХС і ознак інвалідності. У зв'язку з цим, трудові рекомендації в ІПР повинні бути обґрунтованими і відповідати критеріям важкості праці для конкретного хворого (людини з інвалідністю) та сприяти відновленню його працездатності до більш високих ступенів. Для контролю за правильністю винесених трудових рекомендацій у практиці МСЕ доцільно користуватися і висновками 6-хвилинної проби з ходьбою.

У практиці МСЕ доцільно використовувати додаткові прогностичні критерії щодо виникнення або підсилення вираженості порушень критеріїв життєдіяльності. Такими критеріями, що негативно впливають на прогноз СС захворювань і стають підґрунтям виникнення обмежень життєдіяльності у хворих (інвалідів) на ІХС, є ЕКГ показники незадовільного перенесення ФН, а саме: значна депресія сегмен-

та ST, що дорівнює 2 мм і більше; зниження сегмента ST більше 3 мм без болювого нападу; повільне повернення сегмента ST до нормального рівня (5 хв і більше).

Відомо, що глибина депресії сегмента ST має пряму залежність від ступеню ураженості коронарних артерій. Зниження AT при ФН у хворих з хронічними формами ІХС є симптомом значного стенозу стовбура лівої коронарної артерії, трьох гілок артерій або важкої дисфункції лівого шлуночка. У зв'язку з цим, зниження систолічного АТ на 20 мм рт.ст. і більше (як наслідок падіння серцевого викиду); підвищення діастолічного АТ більше ніж на 15 мм рт.ст. у хворих при дозованому ФН є важливими ознаками негативного перебігу ІХС [4]. Виявлення нападу стенокардії навіть за відсутності змін сегмента ST на тлі незначного ФН протягом періоду до 6 хв або поява на ЕКГ ПР є також додатковими прогностичними критеріями щодо виникнення або підсилення вираженості порушень критеріїв життєдіяльності.

ВИСНОВКИ

1. Внаслідок ішемічної хвороби серця (ІХС) у хворих та інвалідів формуються обмеження життєдіяльності (активності та участі), які стають причиною формування ознак інвалідності. Основними з них є: здатність до пересування (мобільності); здатність до самообслуговування і виконання

Современные подходы к определению нарушений жизнедеятельности в практике семейного врача Л.Ю. Науменко, И.С. Борисова, В.Н. Березовский

Инвалидность вследствие сердечно-сосудистых заболеваний в Украине продолжает занимать первое ранговое место в структуре первичной инвалидности как среди взрослого населения (22,4%), так и среди населения трудоспособного возраста (19,4%). Функциональный класс (ФК) стенокардии является одним из ведущих клинических факторов, который определяет наличие ограничений жизнедеятельности больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

На основании современных диагностических критериев, классификационных подходов, дифференциально-диагностических возможностей использования проб с физической нагрузкой (ФН) и ведущих подходов медико-социальной экспертизы были определены основные критерии жизнедеятельности, которые нарушаются у больных ИБС, продемонстрирована тактика семейного врача в условиях необходимости направления больных с признаками инвалидности на медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК).

Вследствие ИБС у больных и инвалидов формируются ограничения жизнедеятельности (активности и участия), которые становятся причиной формирования признаков инвалидности, основными из которых являются: способность к передвижению (мобильности); способность к самообслуживанию и выполнения бытовых функций; способность к выполнению профессиональных функций, обеспечивающих занятость и экономическую состоятельность.

ФК стенокардии является ведущим клиническим фактором, который может определять ограничения жизнедеятельности у больных ИБС. Определение выраженности синдрома стенокардии у больных и инвалидов при ИБС по общепринятым классификациям при вынесении решения комиссии МСЭ по признанию гражданина инвалидом, требует документального доказательства наличия признаков инвалидности. При этом основными методами объективизации данных критериев являются методы исследования, которые подтверждают наличие того или иного ФК. Это – пробы с физической нагрузкой (толерантность к ФН, мощность порогового ФН, энергозатраты, метаболические единицы); прогностические критерии, выявленные при дозированном ФН и реакция артериального давления на дозированное ФН. Проведение проб с ФН является обязательным исследованием при направлении больного (инвалида) на МСЭК для объективизации состояния сердечно-сосудистой системы больного (инвалида) для выявления признаков инвалидности при ИБС.

Ключевые слова: инвалидность, критерии жизнедеятельности, функциональный класс стенокардии, семейный врач.

побутової діяльності; здатність до виконання завдань і дій, які забезпечують зайнятість і економічну самостійність. Функціональний клас стенокардії є провідним клінічним фактором, що визначає наявність обмежень життєдіяльності у хворих на ІХС.

2. Визначення вираженості синдрому стенокардії у хворих та інвалідів при ІХС за загальноприйнятими класифікаціями під час винесення рішення медико-соціальної експертної комісії про визнання громадянина інвалідом потребує документального доведення наявності ознак інвалідності через виявлення порушень життєдіяльності. При цьому, основними методами об'єктивізації даних критеріїв є методи дослідження, які підтверджують і об'єктивізують функціональний клас (ФК) при ІХС. Це – проби з фізичним навантаженням (толерантність до фізичного навантаження – ФН, потужність порогового ФН, енерговитрати, метаболическі одиниці); ЕКГ, прогностичні критерії, що виявлені при дозованому ФН та реакція артеріального тиску на дозоване ФН.

3. Проведення проб з ФН є обов'язковим дослідженням при направленні хворого (інваліда) на МСЄ для об'єктивізації стану серцево-судинної системи хворого (інваліда) задля виявлення порушень критеріїв життєдіяльності – ознак інвалідності при ІХС.

New approaches to definition of disability criteria in family doctor practice L.Yu. Naumenko, I.S. Borisova, V.N. Berezovsky

Disability due to cardiovascular diseases in Ukraine continues to occupy the first rank in the structure of primary disability among adults (22,4%), and among the working age population (19,4%). Angina functional class is one of the leading clinical factors that determine the presence Disability CHD patients, causing a breach of the above criteria life (activity and participation).

Based on current diagnostic criteria and classification approaches, differential diagnostic possibilities of using exercise testing and leading approaches to medical and social assessment to identify the main criteria of life that are violated in patients with coronary artery disease and demonstrate the tactics of the family doctor in the conditions necessary referral patients Signs of disability on the MSEC.

Due to coronary artery disease in the sick and the disabled, limitation of vital activity (activity and participation), which cause the formation of signs of disability, is formed. The main ones are: mobility ability (mobility); Ability to self-serve and perform household activities; And the ability to perform tasks and activities that provide employment and economic independence.

Functional class of angina is the leading clinical factor that determines the presence of life limitation in patients with coronary artery disease. Determining the severity of the syndrome of angina in patients with CHD and disabled by the conventional classification in the Commission decision on recognition MSEC disabled citizen requires documentary proof of the presence of signs of disability due to detection of violations of life. In this case, the main methods of objectification of these criteria are research methods, which confirm and objectify the FC with CHD. These are tests with physical activity (FN tolerance, threshold power, energy consumption, metabolic units); ECG-fictitious prognostic criteria that were detected at a metered-dose FN and the reaction of blood pressure on a metered-dose FN. Conducting tests with FN mandatory study aimed at the patient (disabled) to ITU for objectification SS state system of the patient (disabled) for the detection of violations criteria for life – signs of disability in IBS.

Key words: disability criteria, functional class of angina, family doctor

Сведения об авторах

Науменко Леонид Юрьевич – Кафедра медико-социальной экспертизы и реабилитации ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», 49027, г. Днепр, пл. Октябрьская, 14; тел.: (056) 377-28-17

Борисова Инна Станиславовна – КУ «Областной центр медико-социальной экспертизы ДООС», 49027, г. Днепр, пл. Октябрьская, 14; тел.: (067) 724-82-31. E-mail: doctorinnaborisova1@gmail.com

Березовский Виталий Николаевич – Кафедра медико-социальной экспертизы и реабилитации ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», 49027, г. Днепр, пл. Октябрьская, 14

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Основи медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів. – Ч. I / Л.Ю. Науменко [та ін.]. – Дніпропетровськ, 2013. – 327 с.
2. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних комісій України за 2015 рік: аналітико-інформаційний довідник / А.В. Іпатов, В.А. Голік [та ін.].//За ред. С.І. Черняка. – Дніпропетровськ: Роял-Принт, 2015. – 162 с.
3. Про становище осіб з інвалідністю в Україні. Національна доповідь /

- Міністерство соціальної політики України ДУ науково-дослідний інститут соціально-трудова відносин. – К., 2013. – 198 с.
4. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при стабільній ішемічній хворобі серця. Наказ МОЗ України № 152 від 02.03.2016 р.
 5. Руководство к МКБ-10 с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями/

- сост. Дж.Е.Купер. – К., 2000.
6. Амосов Н.М., Бендет Я.А. Физическая активность и сердце. – К.: Здоров'я, 1989. – 216 с.
 7. Fletcher G., Balady G.J., Amsterdam E.A. et al. Exercise standards for testing and training. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association // Circulation. – 2001. – Vol. 104. – P. 1694–1740.
 8. Pina I.L., Balady G.L., Hanson P. et al. Guidelines for clinical exercise test-

- ing laboratories: A statement for health-care professionals from the Committee on Exercise and Cardiac Rehabilitation, American Heart Association // Circulation. – 1995. – Vol. 91. – P. 912–921.
9. Rodgers G.P., Ayanian J.Z., Balady G.J. et al. American College of Cardiology / American Heart Association clinical competence statement on exercise testing // J. Amer. Coll. Cardiology. – 2000. – Vol. 36. – P. 1441–1453.

Статья поступила в редакцию 22.08.17

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ЭКСПЕРТЫ НАШЛИ УНИВЕРСАЛЬНОЕ СРЕДСТВО ПРОТИВ БОЛЕЗНЕЙ МОЗГА И ПАРАЛИЧА

Сотрудники Университета Макгилла выяснили: есть маленькая молекула, вырабатываемая грибом, которая способна запустить регенерацию аксонов.

Известно, что справиться с повреждениями центральной нервной системы крайне сложно. Аксоны - элементы, которые передают электрические сигналы между нервными клетками в головном и спинном мозге. Если была травма мозга, спины, инсульт, развивается рассеянный склероз, то аксоны повреждаются, пишет Medical News Today.

Но сотрудники Университета Макгилла выяснили: есть маленькая молекула, вырабатываемая грибом, которая способна запустить регенерацию аксонов. Итак, аксоны восстанавливаются сложно. Более того, если, к примеру, аксоны повреждены вследствие травмы головного мозга, то они будут дальше деградировать. Это происходит даже спустя годы после травмы. Возможный итог - изменения в мозге, характерные для болезни Альцгеймера.

Ученые нашли семейство белков - 14-3-3. И оно способно

защищать нервные клетки. При этом есть молекула fusicoccin-A (производит особый грибок). Данная молекула стабилизирует связь между 14-3-3 и другими белками. У специалистов есть основания полагать, что fusicoccin-A может простимулировать белки, заставив те восстанавливать аксоны. Лабораторные исследования показали: молекула вызывала регенерацию механически поврежденных нейронов.

Источник: <http://www.meddaily.ru>