Кантемирова Раиса Кантемировна. Медико-социальные аспекты инвалидности и реабилитации лиц пожилого возраста, перенесших хирургическую реваскуляризацию миокарда: диссертация ... доктора медицинских наук: 14.01.30 / КАНТЕМИРОВА Раиса Кантемировна;[Место защиты: Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии Северо-Западного отделения РАМН].- Санкт-Петербург, 2014.- 234 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

кандидат наук Кантемирова, Раиса Кантемировна

ВВЕДЕНИЕ.........................................................................................................7

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКУЮ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА

1.1. Клинико-организационные основы профилактики инвалидности у больных пожилого возраста, перенесших хирургическую реваскуляризацию миокарда...........................................................................18

1.2. Общие подходы к медико-социальной экспертизе в пожилом возрасте. ............................................................................................................................27

1.3. Современные методы и принципы экспертно-реабилитационной диагностики в кардиологической и кардиохирургической гериатрической практике.............................................................................................................38

1.4. Саногенез как основа мероприятий по профилактике и усугублению инвалидности у пожилых людей, перенесших хирургическую

реваскуляризацию миокарда...........................................................................48

Заключение к главе 1.......................................................................................54

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Этапы исследования..................................................................................57

2.2. Характеристика первого этапа - медико-демографический анализ уровней инвалидности среди людей разного возраста................................57

2.3. Характеристика второго этапа - изучение уровней инвалидности при болезнях системы кровообращения, ассоциированных с проведением хирургической реваскуляризации миокарда.................................................61

2.4. Характеристика третьего этапа - обоснование новых подходов к медико-социальной экспертизе и изучение реабилитационных технологий, примененных у пожилых инвалидов вследствие болезней системы

кровообращения, перенесших хирургическую реваскуляризацию

миокарда............................................................................................................62

2.5. Математико-статистическая обработка данных...................................64

Заключение к главе 2.......................................................................................65

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ ГЛАВА 3. РОЛЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ, ПОТРЕБОВАВШЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА, В ФОРМИРОВАНИИ ИНВАЛИДНОСТИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

3.1. Возрастной анализ формирования инвалидности.................................67

3.2. Болезни системы кровообращения как основа формирования инвалидности....................................................................................................69

3.3. Вклад ишемической болезни сердца, потребовавшей хирургической реваскуляризацией миокарда, в формирование первичной и повторной

инвалидности у людей пожилого возраста....................................................77

Заключение к главе 3.......................................................................................84

ГЛАВА 4. КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ И КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКУЮ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА, КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ОБЪЕКТОВ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ.........................87

4.1. Клинико-эпидемиологическая характеристика больных с потенциальной инвалидностью, перенесших хирургическую реваскуляризацию миокарда...........................................................................87

4.2. Клинико-функциональная характеристика больных с потенциальной инвалидностью, перенесших хирургическую реваскуляризацию миокарда. ..........................................................................................................................111

4.3. Клинико-экспертная характеристика больныхс потенциальной инвалидностью, перенесших хирургическую реваскуляризацию миокарда.

..........................................................................................................................121

Заключение к главе 4.....................................................................................127

ГЛАВА 5. ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКУЮ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА

5.1. Мотивация пожилых пациентов, перенесших хирургическую реваскуляризацию миокарда, на участие в реабилитационных мероприятиях..................................................................................................129

5.2. Место психологического компонента реабилитационного потенциала в формировании клинико-трудового прогноза у пожилых пациентов,

перенесших хирургическую реваскуляризацию миокарда........................136

Заключение к главе 5.....................................................................................144

ГЛАВА 6. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ И СОЦИАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКУЮ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА

6.1. Профессиональный портрет пожилых людей, перенесших хирургическую васкуляризацю миокарда...................................................146

6.2. Оценка трудового прогноза у больных пожилого возраста, перенесших хирургическую реваскуляризацию миокарда.............................................153

6.3. Социальная составляющая реабилитационного потенциала лиц пожилого возраста с болезнями системы кровообращения, потребовавших

проведения хирургической реваскуляризации миокарда..........................155

Заключение к главе 6.....................................................................................158

ГЛАВА 7. ОБОСНОВАНИЕ НОВОГО ПОДХОДА К АЛГОРИТМУ ЭКСПЕРТНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ОТБОРУ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ХРОНИЧЕСКУЮ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА

7.1. Оценка ограничений способности к трудовой деятельности и ограничений жизнедеятельности как основа экспертно-реабилитационной диагностики в пожилом возрасте.................................................................159

7.2. Оценка клинической эффективности внедрения алгоритма экспертно-реабилитационной диагностики...................................................................164

7.3. Оценка медико-социальной эффективности внедрения алгоритма экспертной диагностики и отбора на реабилитацию пожилых больных ишемической болезнью, перенесших хирургическую реваскуляризацию миокарда..........................................................................................................172

7.4. Анализ качества жизни пожилых больных ишемической болезнью

сердца, перенесших хирургическую реваскуляризацию миокарда..........177

Заключение к главе 7.....................................................................................180

ЗАКЛЮЧЕНИЕ......................................

ВЫВОДЫ................................................

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ......................

182

193

188

191

Современные методы и принципы экспертно-реабилитационной диагностики в кардиологической и кардиохирургической гериатрической практике

Проблема ишемической болезни сердца (ИБС) актуальна во всем мире. ИБС является одной из основных причин смерти в развитых стра-нах. В 2006 г. в США зарегистрированы 17 600 тыс. человек старше 20 лет, больных ИБС [Дроздо В.В., 2010]. В 2001 г. в США произошло 610 тыс. случаев новых инфарктов миокарда (ИМ) и 325 тыс. повторных. В 2006 г. каждая шестая смерть в США была обусловлена ИБС. Прибли-зительно каждые 25 секунд в США происходит одно коронарное событие, а каждую минуту от ИБС умирает 1 американец [Крюков Н.Н., 2010]. В России ситуация с коронарной патологией гораздо тяжелее, чем в боль-шинстве стран мира. По данным 2006 г., заболеваемость ИБС в РФ соста-вила 6158,8 человека, а смертность от ИБС в среднем – 426,5 человека на 100 тыс. населения [Крюков Н.Н., 2010; Vcev A., Naki D., 2007].

Современное состояние общественного здоровья в Российской Фе-дерации и странах СНГ характеризуется такими явлениями как отрица-тельный естественный приростом в большинстве регионов, высокая смертность, снижение удельного веса острых и увеличение количества хронических неинфекционных заболеваний, высокие уровни инвалидно-сти. С возрастом доля лиц, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, и в частности, заболеваниями системы кровобращения значительно возрастает по сравнению с молодыми людьми. Одновременно с этим, в обществе становится значительным количество лиц пожилого и старческого возраста [Акчурин Р.С., 2005; Куценко Г.И. с соавт., 2001; Сафарова Г.Л., 2009, 2013; Saito A., Motomura N., 2011]. Однако, в области организации профилактики инвалидности и медицинской реабилитации (МР) больных пожилого возраста существует достаточно много нерешен-ных проблем, реабилитационная служба при большинстве хронических заболеваний терапевтического профиля, вносящих основной вклад в структуру заболеваемости и инвалидности, не функционирует как единая система [Милованова Е.В., 2008]. В целом, проблема профилактики инва-лидности у пожилых больных с заболеваниями сисемы кровобращения, особенно после хирургической реваскуляризации, требует научного изу-чения с позиций системности, целостности и взаимосвязи медицинских мероприятий, повышения качества жизни (КЖ) пожилых больных [Ан-тюфьев В.Ф., Аретинский В.Б., 2004; 2005].

Современное состояние медицинских служб, занимающихся профи-лактикой инвалидности, клиническое и организационное обоснование оп-ределяется концепцией последствий болезни [Фидарова З.Д., 2012; 2013]. Основываяясь на теоретических и методологических рекомендаци-ях, последствия болезней или травм можно классифицировать по трем уровням [Бельская М.И., Степанчик Ю.А., 2005]. Первым уровнем являет-ся повреждение или дефект. Под ними понимают любую утрату или ано-малию анатомических, физиологических, психологических структур или функций. По сути, это морфофункциональные изменения со стороны ор-ганов или систем организма. Применительно к кардиологической практи-ке, первый уровень последствий является ранним проявлением хрониче-ского заболевания, например, артериальной гипертензии без поражения органов-мишеней [Дымочка М.А., 2011; Szekely A., Nussmeier N.A., 2011]. Вследствие прогрессирования заболевания наступает ограничение жизнедеятельности или повседневной активности пациента [Аверин Е.Е., 2010]. Это расценивается как второй уровень проявлений последствий бо-лезни. По ВОЗ, нарушением жизнедеятельности является ограничение или утрата возможности осуществлять повседневную деятельность так, как это считается нормальным для человеческого общества. В ряде стран этот уровень рассматривается как нарушение интегративных функций целост-ного организма и его способностей. Основными такими способностями являются передвижение, ориентация, общение, обучение, самообслужива-ние, трудоспособность [Заболотных И.И. и соавт., 2009]. Они расценены как критерии, позволяющие оценить жизнедеятельность в клинической практике. Примерами второго уровня последствий в клинике кардиологи-ческих заболеваний может являться ХСН I – II ФК при различных формах ишемической болезни сердца, что ограничивает передвижение вследствие одышки. [Заболотных И.И., 2008; Juergens M.C., Sellier P., Varaillac P., 2003; Seekatz B., 2010].

И, наконец, третий уровень проявления последствий болезни харак-теризуется развитием социальных ограничений для больного человека [Ильницкий А.Н., 2003; Заболотных И.И., 2008; 2009]. При этом он не может выполнять нормальную, свойственную ему социальную роль. Фор-мирование социальной недостаточности, определяемой по перечисленным критериям, является основанием для определения инвалидности [Ильниц-кий А.Н., 2003; Заболотных И.И., 2008; 2009].

Ключевым понятием в организации профилактики инвалидности и ее последствий является клинико-реабилитационная группа. В основе раз-деления больных на клинико-реабилитационные группы также находится концепция последствий болезни [Ильницкий А.Н., 2002; 2003]. Выделено три группы. Первая включает пациентов, которые страдают острыми заболева-ниями, приводящими к явным инвалидизирующим последствиям; хрони-ческой патологией в раннем периоде до развития последствий или с по-следствиями первого уровня. Вторая клинико-реабилитационная группа объединяет больных с инвалидизирующими последствиями второго уров-ня. Инвалиды составляют третью такую группу [Заболотных И.И., Ишу-тина И.С., 2010].

Профилактическая и реабилитационная помощь пациентам первой группы как правило интегрирована в общий лечебно-диагностический процесс. Она является чрезвычайно важной ввиду того, что необходимо не только предупреждение инвалидности на далеко зашедших этапах заболе-вания, но и активная помощь многим больным в начальный период хро-нической патологии, когда можно с высокой степенью эффективности восстановить нарушенные функции, предупредить рецидивы и обостре-ния. Пациенты второй и третьей групп являются объектом воздействия собственно службы профилактики инвалидности и медицинской реабили-тации [Заболотных И.И., Николаева Н.В., 2002].

Характеристика второго этапа – изучение уровней инвалидности при болезнях системы кровообращения, ассоциированных с проведением хирургической реваскуляризации миокарда

Старение является противоречивым процессом, так как на фоне рег-рессивных процессов перестройки – атрофии, деградации и пр. – развива-ются прогрессивные тенденции формирования новых компенсаторно-проспособительных механизмов, направленных на поддержание гомеоста-за стареющего организма, – механизмы витаукта, что, однако, полностью не компенсирует нарастающих явлений деградации. Следует отметить, что адаптационные возможности стареющего организма снижены, веро-ятность развития различных заболеваний выше. В связи с этим особенно важна в случае развития заболеваний у пожилых и старых пациентов роль саногенетических механизмов, их стимуляция и поддержание [Рибера–Касадо Дж.М., 2000; Джогертс Дж., 2006].

Мероприятия по профилактике инвалидности ориентированы на процессы, протекающие параллельно с повреждением, носящие защитно-компенсаторный характер и получившие название саногенетических [Вальчук Э.А., 2002]. В настоящее время саногенез рассматривается как динамичный комплекс защитно-приспособительных процессов, возникающих при воз-действии на организм различных раздражителей, развивающийся на всем протяжении болезни (от состояния предболезни до выздоровления) и на-правленный на восстановление нарушенной саморегуляции организма [Войтенко Р.М. с соавт. 2003]. Учение о саногенезе является морфофунк-циональной основой медицинских мероприятий по профилактике инва-лидности [Рибера–Касадо Дж.М. , 2000; Вальчук Э.Э. с соавт., 2002]. Саногенез разделяется на первичный и вторичный. Первичный явля-ется адаптационным и характерен для здорового организма, который по-падает в неблагоприятные условия, а также развивается при воздействии на него сильных повреждающих раздражителей (травма, инфекция) и на-правлен на восстановление гомеостаза. Вторичный саногенез характерен для больных с хронической патологией и инвалидов. Он направлен на ло-кализацию патологического процесса и компенсацию нарушенных функ-ций [Джогертс Дж., 2006].

Саногенез является многоуровневым и многоэтапным процессом. Он протекает на клеточном (например, апоптоз и регенерация клеточных популяций, замещение дефекта соединительной тканью), органном (ви-карные гипертрофии начальных стадий; формирование коллатерального кровообращения), организменном (перестройка эндокринных процессов при парциальном их выпадении), системном (применение технических средств реабилитации) уровнях [Рибера–Касадо Дж.М., 2000; Колба-нов В.В., Смычек В.Б., 2002]. Эти изменения развиваются в три этапа. Первый – на ранних стади-ях хронического заболевания или в период предболезни при острой пато-логии, активируются неспецифический иммунитет, компенсаторные реак-ции, разворачиваются защитные силы организма. Второй – в период выраженных проявлений острого заболевания, обострения хронического происходит разворачивание восстановительных и компенсаторных процессов. Реституция ослабленных функций. Третий этап во время стабилизации течения хронической патологии имеет место закрепление компенсации, активация регенерации, при ост-рой патологии – полное или неполное выздоровление [Вальчук Э.А., 2002]. К основным механизмам саногенеза относят компенсацию как тип адаптационных реакций организма на повреждение, выражающихся в том, что органы и системы, непосредственно не пострадавшие от действия по-вреждающего агента, берут на себя функцию поврежденных структур пу-тем заместительной гиперфункции или качественно новой функцией; рес-титуцию и ее разновидность регенерацию – восстановление тех структур организма, которые были утрачены в результате патологического процес-са; иммунитет [Вальчук Э.А., 2002]. Таким образом, морфофункциональной основой воздействия на ор-ганизм мероприятий по профилактике инвалидности является саногенез. В этом заключается одно из их основных отличий от лечения, которое в ос-новном направлено на этиопатогенез заболевания [Смычек В.Б., 2002, 2003]. Кроме того, лечение ориентировано преимущественно на организм пациента, взаимодействие микро- и макроорганизма, прерывание цепи па-тологических процессов. При профилактике подход более широкий. Он вытекает из учения о саногенезе. Для формирования функциональной сис-темы, компенсирующей тот или иной дефект, в процессе реализации про-филактических программ необходимо выполнение следующих принци-пов: сигнализация дефекта, мобилизация запасных компенсаторных меха-низмов, обратная афферентация, санкционирующая афферентация, фор-мирование относительной неустойчивости скомпенсированной функции [Вальчук Э.А., 2002]. Все эти принципы осуществимы лишь при активной позиции пациента, который должен сам участвовать в процессе выработки компенсаций для того, чтобы направить их в нужное русло, иначе компен-саторные процессы могут носить патологический характер. В этом еще одно отличие профилактики инвалидности от лечения, заключающееся в том, что профилактика – активный процесс, невозможный без участия са-мого больного, а лечение заключается в пассивном применении медика-ментозных методов. По этой причине такое большое значение приобрета-ет осуществление принципа партнерства врача и больного [Дворецкий Л. И., 2000].

Однако при работе с пациентами пожилого и старческого возраста при выстраивании партнерских отношений следует учитывать индивиду-альность возрастной адаптации [Сидоренко А.В. с соавт., 2006]. Авторы показали, что существует различные, порой разнонаправленные, варианты возрастной адаптации.

В формировании саногенетических реакций определенное значение имеет удовлетворение потребности компенсирующей функциональной системы в синтезе биологических субстратов (нуклеиновые кислоты, бел-ки, АТФ и пр.), которые нужны для формирования и поддержания увели-чивающейся массы замещающих структур. Для этого организм должен быть обеспечен достаточным количеством пластического материала, це-лесообразна также направленная физическая тренировка замещающих структур для их адекватного развития, что достигается работой самого больного при условии создания соответствующей психологической уста-новки [Куценко Г.И., 2001]. Деятельность вновь сформированной функ-циональной системы может поддерживаться также методами рефлектор-ного воздействия. Из этого следует, что специфика саногенетического воздействия формирует широкий спектр методов – кинезотерапия, психо-терапия, диетотерапия, физиолечение, рефлексотерапия, поведенческая терапия и пр.