

Ишемическая болезнь сердца – острое или хроническое поражение миокарда, возникающее в результате нарушения равновесия между коронарным кровотоком и метаболическими потребностями миокарда. При определенных параметрах (стенозирующих, и особенно окклюзионных, поражениях коронарных артерий) консервативное лечение оказывается малоэффективным, в связи с чем хирургический метод получил повсеместное распространение в комплексном лечении данной категории пациентов.

В статье рассматриваются вопросы медицинской экспертизы при последствиях хирургического лечения ишемической болезни сердца, включая критерии нетрудоспособности.

Вопросы медицинской экспертизы при последствиях хирургического лечения ишемической болезни сердца

С.Г. Данилова,

д-р мед. наук, действительный член академии медико-технических наук, врач-невролог высшей квалификационной категории, независимый специалист-эксперт по вопросам медико-социальной экспертизы, г. Новосибирск,

Ю.М. Шутов,

д-р мед. наук, врач – сердечно-сосудистый хирург высшей квалификационной категории, проф. кафедры факультетской хирургии лечебного факультета Новосибирского Государственного медицинского университета, г. Новосибирск

Ишемическая болезнь сердца (далее – ИБС) – распространенное заболевание, одна из основных причин смертности, а также временной и стойкой утраты трудоспособности населения в развитых странах мира. В Российской Федерации в структуре первичной инвалидности доля инвалидов с ИБС составляет 21,7%¹. Распространенность ИБС среди населения колеблется от 12,4 до 15,9% в мужской популяции и от 17,9 до 16,4% в женской популяции². За 25-летний период 1980–2005 гг. определяется перераспределение отдельных форм ИБС, а именно: рост частоты безболевой формы от 1,3 до 5,3% среди мужчин и от 1,2 до 4,5% среди женщин со снижением распространенности возможной ИБС от 3,9 до 3,5% и от 6,1 до 2,7% соответственно. Обращает на себя внимание двукратный рост распространенности инфаркта миокарда среди мужчин.

Основной причиной развития ИБС является атеросклероз венечных артерий (90,0–97,0% больных), клинические признаки ишемии миокарда воз-

никают при сужении коронарных артерий более чем на 50,0%. Определенное значение в патогенезе ИБС имеет нейрогуморальное влияние на коронарное кровообращение, и прежде всего повышенная активация симпатико-адреналовой системы, возникающая при значительном нервно-эмоциональном перенапряжении, стрессорной ситуации.

Показаниями к хирургическому лечению больных с хроническими формами ИБС являются:

- стенокардия напряжения и покоя III и IV функциональных классов (ФК). Абсолютным показанием к операции является поражение главного ствола левой коронарной артерии, поскольку при этом очень высок риск смертельных исходов;
- острый инфаркт миокарда – ранняя постинфарктная стенокардия (от 6 ч до 3–4 нед. с момента развития инфаркта миокарда);
- постинфарктные аневризмы;
- осложненные формы ИБС при множественном поражении магистральных коронарных артерий с распространенным кардиосклерозом, аневризмой левого желудочка, сопутствующими клапанными пороками – сочетание тяжелой коронарной (III и IV ФК) и сердечной недостаточности (IIA и IIB стадий);
- нарушения сердечного ритма: полная атриовентрикулярная блокада при частоте сокращений менее 40 уд./мин и наличии приступов Адамса – Стокса – Морганьи; атриовентрикулярная блокада II степени (Мобитц-I и Мобитц-II); блокада обеих ножек предсердно-желудочкового пучка; синдром слабости синусового узла с кратковременными прекращениями деятельности узла или чередованием брадикардии и тахикардии; мерцательная аритмия, резистентная к медикаментозному лечению; наджелудочковая тахикардия.

Показания к хирургическому лечению определяются после тщательного инструментального обследования: УЗИ сердца, коронаро- и вентрикулографии, ЭКГ-мониторирования и др., тщательной диагностики аритмии.

Возможные неблагоприятные последствия хирургического лечения ишемической болезни сердца:

- тромбоз шунта или дилатированного сегмента с картиной обширного инфаркта миокарда – самое серьезное осложнение хирургического лечения ИБС;
- септический эндокардит;
- послеоперационный остеомиелит грудины (чаще при трансстернальном доступе);
- реактивный перикардит (возможен при широком вскрытии перикарда), развитие наружных перикардальных сращений, медиастиноперикардальные сращения;
- осложнения кардиостимуляции: смещение и поломка стимулирующего электрода (синдром кардиостимулятора), парасистолия, тромбоэмболические осложнения;
- психологическая реадaptация, психическая дезадаптация, выражающаяся в формировании неврозов, невротических реакций, психопатологических синдромов (астенического, ипохондрического, кардиофобии, депрессии), патологического развития личности.



Показания к хирургическому лечению определяются после тщательного инструментального обследования

¹ Медико-социальная экспертиза и реабилитация в кардиологии: руководство для врачей / И.И. Заболотных, Р.К. Кантемирова. СПб.: СпецЛит, 2008. 111 с.

² Смирнова И.П., Кваша Е.А., Горбась И.М. и др. Динамика эпидемиологических условий формирования сердечно-сосудистых заболеваний (20-летнее наблюдение) // Украинский кардиологический журнал. 2002. № 4. С. 97–102.