

РОЛЬ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА (По материалам наблюдения ФГУЗ МСЧ-41 ФМБА РОССИИ)

И.Г. Медведева, В.Л. Фалалеев

ФГУЗ Медико-санитарная часть № 41 ФМБА России,
г. Глазов, Удмуртская Республика

Проанализирована заболеваемость сердечно-сосудистой патологией у прикрепленного работающего населения. 85 пациентам были выполнены оперативные вмешательства по восстановлению коронарного кровотока. В результате в течение первого года наблюдения трудоспособность была восстановлена у 90% пациентов. Среди выживших больных, перенесших инфаркт миокарда, получавших только консервативное лечение к труду вернулись 79% пациентов.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, реваскуляризация миокарда

THE ROLE OF MYOCARDIUM REVASCULARIZATION IN PREVENTION OF ACUTE CORONARY SYNDROME COMPLICATIONS

Medvedeva IG, Falaleev VL

The analysis of cardiovascular pathology at the attached working population is performed. To 85 patients operative interventions on restoration of a coronary blood flow have been made. As a result within the first year of supervision work capacity has been restored at 90 % of patients. Among the survived patients who have undergone a heart attack received only conservative treatment, 79 % of persons have returned to work.

Keywords: Acute coronary syndrome, myocardium revascularization

Проблема сердечно-сосудистых заболеваний остается одной из главных в здравоохранении. Несмотря на появление новых лекарственных средств, развитие и усовершенствование методов реваскуляризации миокарда, эти заболевания по-прежнему занимают лидирующую позицию среди причин смертности населения во всем мире.

По оценкам ВОЗ, ежегодно в мире от сердечно-сосудистых заболеваний погибают более 17 млн человек, а в России – более 1 млн. В общей структуре смертности на долю сердечно-сосудистых заболеваний приходится 57%, почти 20% из числа умерших – люди трудоспособного возраста. Кардиоваскулярная патология является одной из ведущих причин не только смертности, но и инвалидизации лиц трудоспособного возраста, она снижает качество жизни, что усугубляет социально-экономические проблемы в обществе.

Анализ литературных источников, изучение структуры заболеваемости промышленных рабочих позволяет говорить о том, что сердечно-сосудистая система является одной из наиболее чувствительных к воздействию факторов производственной среды. Ведущими факторами риска в формировании кардиоваскулярной патологии, помимо профессионально-производственных, являются социально-биологические: курение, дислипидемия, сахарный диабет, наследственность, ожирение, эмоциональный стресс, злоупотребление поваренной солью и алкогольными напитками, малоподвижный образ жизни.

Цель работы – оценить распространенность кардиоваскулярной патологии среди работающего населения, получающего медицинскую помощь в ФГУЗ МСЧ-41 ФМБА России, представить опыт наблюдения больных после операции реваскуляризации миокарда и исходы этого лечения за период с 2004 по 2009 гг.

В ФГУЗ МСЧ-41 ФМБА России получают медицинскую помощь 12 000 промышленных рабочих, из которых 80% трудятся в условиях воздействия вредных и опасных профессионально-производственных факторов.

64% обслуживаемого работающего населения составляют мужчины. 55% – лица в возрасте старше 40 лет.

В структуре общей заболеваемости работающего населения около 18% составляют болезни органов кровообращения. Результаты углубленного медицинского осмотра работников, занятых на работах с вредными и опасными производственными факторами, показали, что 23% от всех выявленных заболеваний приходится на болезни органов кровообращения (рис. 1).

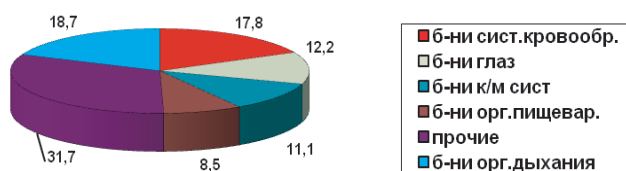


Рис. 1. Структура общей заболеваемости, выявленной при проведении УМО работающих в условиях профессиональных вредностей в 2009 г.

В структуре сердечно-сосудистых заболеваний ишемическая болезнь сердца (ИБС) составляет 7,9%, артериальная гипертензия (АГ) – 57,6%. Распространенность ИБС среди обслуживаемого работающего населения – 33,0 на 1000, распространенность ИБС со стенокардией – 18,7 на 1000.

В 20-30% случаев инвалидность работающего населения трудоспособного возраста связана с болезнями органов кровообращения (рис. 2), стабильно занимая второе место после злокачественных новообразований.

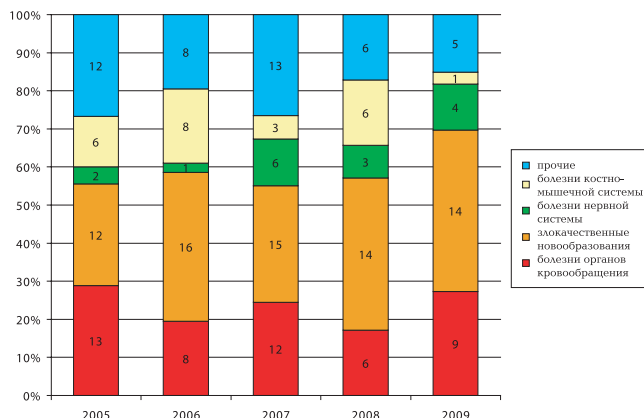


Рис. 2. Структура первичной инвалидности работающего населения, получающих медицинскую помощь в ФГУЗ МСЧ-41.

Первичная инвалидность в связи с сердечно-сосудистыми заболеваниями носит волнообразный характер, но не имеет тенденции к росту, средний показатель за последние 10 лет сохраняется на уровне 2000 г. (рис. 3).

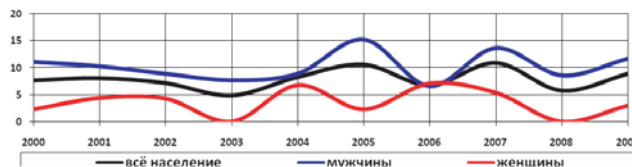


Рис. 3. Динамика показателя первичной инвалидности вследствие заболеваний органов кровообращения среди лиц трудоспособного возраста из числа прикрепленного населения на 10 тыс. работающих.

Сердечно-сосудистые заболевания занимают одно из лидирующих мест и по причине смертности работающего населения, конкурируя с травмами и отравлениями (рис. 4).



Рис. 4. Основные причины смерти работающего населения, получающих медицинскую помощь в ФГУЗ МСЧ-41 (в %).

В структуре класса болезней органов кровообращения среди прикрепленного работающего населения больные ИБС составляют около 8%, из них стабильная стенокардия – 58,6% (по литературным данным 70-80%). Ежегодно на 10 000 работающего контингента регистрируется 12,0 случаев заболевания острым инфарктом миокарда (ОИМ). За последние 6 лет зарегистрировано 104 случая ОИМ, из них со смертельным исходом – 14 (14,4%), 11 человек (10,5%) признаны инвалидами (рис. 5).

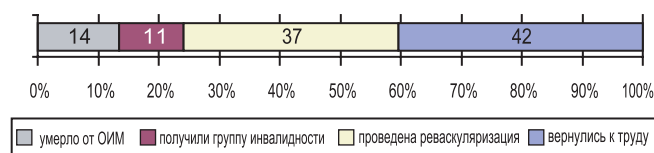


Рис. 5. Исходы ОИМ работающего населения, получающих медицинскую помощь в ФГУЗ МСЧ-41, за 6 лет (в %).

В структуре причин первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста вследствие сердечно-сосудистой патологии 50% приходится на долю ИБС. В структуре смертности от сердечно-сосудистых заболеваний ИБС является причиной смерти в 66,7%, из них почти

50% случаев смерти приходится на ОИМ, 50% – на внезапную сердечную смерть, при которой на патолого-анатомическом исследовании выявлен стенозирующий коронароангиосклероз, не диагностированный при жизни.

По литературным данным, у 40% больных со стабильной стенокардией встречается «безболевая» ишемия миокарда (ББИМ). Для выявления ББИМ применяют холтеровское мониторирование ЭКГ, пробы с дозированной физической нагрузкой, которые могут считаться скрининговым методом диагностики ББИМ в амбулаторных условиях. Больные с ББИМ становятся самыми угрожаемыми по развитию ОИМ, внезапной смерти: у них отсутствуют сигнал о возникшей ишемии, позволяющий регулировать уровень повседневной физической активности, и мотивация обращения к врачу и проведения углубленного инструментального исследования.

Наиболее надежным способом диагностики стенозирующего поражения коронарных артерий является коронарная ангиография (КАГ). С 2004 г. в МСЧ-41 расширились возможности в области диагностики стенозирующих изменений коронарных артерий, чему способствовало финансирование проведения КАГ из средств добровольного медицинского страхования (ДМС) работающих на предприятии, а следовательно, расширилась возможность выявления больных, страдающих ИБС, в том числе с ББИМ, нуждающихся в хирургическом лечении.

В 2006 г. мы включились в реализацию Национального проекта «Здоровье»: в МСЧ-41 организованы и успешно проводятся углубленные медицинские осмотры работающих в условиях воздействия вредных и опасных производственных факторов и дополнительная диспансеризация работающих. В числе приоритетных направлений - выявление больных, страдающих коронарной недостаточностью на доклинической стадии, имеющих риск развития инфаркта миокарда, внезапной смерти и утраты трудоспособности, обеспечение больных данной категории комплексом лечебно-профилактических мероприятий. Наиболее значимым этапом в оказании медицинской помощи больным с коронарной недостаточностью стала возможность с 2006 г. оказания высокотехнологичных видов диагностики и медицинской помощи за счет средств федерального бюджета в специализированных медицинских учреждениях, подведомственных

Федеральному медико-биологическому агентству и Российской академии медицинских наук. Использование скрининговых и высокотехнологичных методов диагностики способствовало улучшению выявления больных, нуждающихся в хирургическом лечении по восстановлению коронарного кровообращения.

С 2004 по 2009 гг. из числа прикрепленного работающего населения выявлено 85 человек, страдающих ИБС, с показаниями к реваскуляризации миокарда. Все они были направлены и получили лечение в объеме высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). Одна группа больных получила лечение в клинике ФМБА России (КБ № 122 им. Л.Г. Соколова, Санкт-Петербург) и в клинике РАМН (ГУЗ Пермская краевая клиническая больница № 2 – филиал НЦССХ им. А.Н. Бакулева «Институт сердца») за счет средств федерального бюджета. Другая группа получила лечение в ОАО «НКХЦ» (Центр хирургии сердца «КорАлл», Нижний Новгород) за счет средств ДМС предприятия. Из 85 человек, направленных на реваскуляризацию 30 человек (35,3%) страдали стенокардией или ББИМ, 18 человек (21,2%) имели ОИМ в отдаленном анамнезе (более 1 года), 37 (43,5%) – ОИМ давностью не более 1-2 мес. Из них почти 90% были направлены в 2006-2009 гг. Всем пациентам, которым предстояла реваскуляризация в плановом порядке, под наблюдением кардиолога МСЧ-41 проводили лекарственную терапию, которая включала антитромбоцитарные средства, статины, бета-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), ингибиторы If-каналов сердца и антагонистов рецепторов ангиотензина II (АРА).

Метод реваскуляризации был определен специалистами клиники индивидуально с учетом ангиографических и клинических характеристик: аортокоронарное шунтирование (АКШ) с применением артериальных или венозных трансплантатов, маммарокоронарное шунтирование (МКШ), АКШ в сочетании с реконструктивными вмешательствами, коронарная ангиопластика, ангиопластика со стентированием.

Все пациенты, направленные на оперативное лечение по реваскуляризации миокарда, успешно прооперированы, 48% из них получили долечивание в специализированных санаторно-курортных учреждениях непосредственно после стационарного лечения. По возвращении на постоянное место жительства все пациенты под

наблюдением кардиолога МСЧ-41 продолжали комплексное лечение, включающее длительную (до 12 мес.) антитромбоцитарную (аспирин, тиклид, клопидогрель) и антикоагулянтную (фраксипарин) терапию, другие препараты (ИАПФ, статины, антиоксиданты) и лечебную физкультуру под руководством опытного инструктора. Через год после проведенного лечения данные пациенты переданы под наблюдение терапевтам.

Учитывая короткий период наблюдения больных этой группы, можно оценить только ближайшие результаты после проведенного лечения: возврат к труду по своей специальности и первичная инвалидность при стабилизации состояния после реваскуляризации (рис. 6).

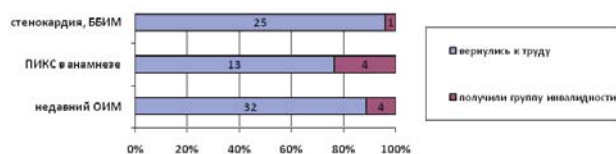


Рис. 6. Исходы оперативного лечения ИБС работающего населения, получающих медицинскую помощь в ФГУЗ МСЧ-41, в зависимости от клинической формы ИБС, за 6 лет (в %).

Вернулись к труду по своей профессии 76 человек (около 90%), перенесших операцию по реваскуляризации миокарда, 9 больных (10%) получили группу инвалидности, летальных исходов в послеоперационном периоде не было. Инвалидами стали больные в возрасте от 55 до 60 лет с выраженными органическими изменениями миокарда (поражение трех коронарных сосудов, выраженные стенозы ствола левой коронарной артерии, аневризма левого желудочка, фракция выброса левого желудочка менее 40%), имеющие в анамнезе ассоциированные заболевания (метаболический синдром, сахарный диабет 2 типа). Из пациентов, которые продолжали состоять под наблюдением в МСЧ-41 после проведенной реваскуляризации миокарда, спустя 2-3 года инвалидность получили еще 4 человека. Причины инвалидности: прогрессирующая сердечная недостаточность в

2 случаях, острое нарушение мозгового кровообращения, 1 рестеноз на фоне сопутствующих заболеваний (сахарного диабета, артериальной гипертензии). Таким образом, общая доля лиц, утративших трудоспособность после реваскуляризации миокарда, составила 15,3%. Для сравнения: из числа лиц, перенесших ОИМ и выживших (53 больных), которым не была проведена реваскуляризация миокарда, стали инвалидами 11 человек (21%), вернулись к труду 42 пациента (79%) (рис. 7).

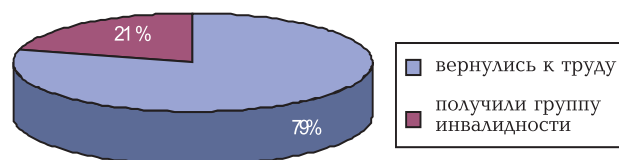


Рисунок 7. Исходы ОИМ работающего населения, получающих медицинскую помощь в ФГУЗ МСЧ-41, в выживших, которым не проведена реваскуляризация миокарда, за 6 лет (в %).

Итак, по результатам наблюдения групп больных, перенесших ОИМ с последующим оперативным лечением по реваскуляризации миокарда и без него, можно отметить, что удельный вес пациентов, которые вернулись к труду по своей профессии после окончания лечения, выше в группе больных, подвергшихся реваскуляризации.

В настоящее время рано делать какие-то окончательные выводы. Но как отметил руководитель ФМБА России В.В. Уйба: «Не меняется жизнь только тогда, когда человек не хотел бы этого сделать. ...Нужно идти вперед шаг за шагом, хотя это вовсе не значит, что мы исправим положение даже в ближайшие десять лет. Но если мы начнем сегодня, то завтра будем уже на шаг дальше». Несомненно, комплексный подход к пациенту, начиная с профилактики, диагностики и лечения заболевания и заканчивая реабилитацией больного после проведенного лечения, поможет сохранить жизнь и трудоспособность работающему населению и будет способствовать долголетию и улучшению качества жизни.

Контактная информация:

Медведева Ирина Геннадьевна – зам. начальника по экспертизе временной нетрудоспособности ФГУЗ МСЧ № 41 ФМБА России. Удмуртская Республика, г.Глазов, ул. Челябинская, д.13, кв.27. Тел.: 8 912 74 88 559;

Фалалеев Вадим Леонидович – заведующий диагностическим отделением, ФГУЗ МСЧ № 41 ФМБА России. Удмуртская Республика, г.Глазов, ул. Карла Маркса, д.12, кв. 84. Тел. 8 912 450 49 86.