

**Качество жизни пациентов
различных нозологических групп
заболевания сердечно-
сосудистой системы**

дисциплина: теория медико-социальной работы
лекция для студентов 4 курса направления «социальная работа»

к.п.н.,доцент Чумаков В.И.

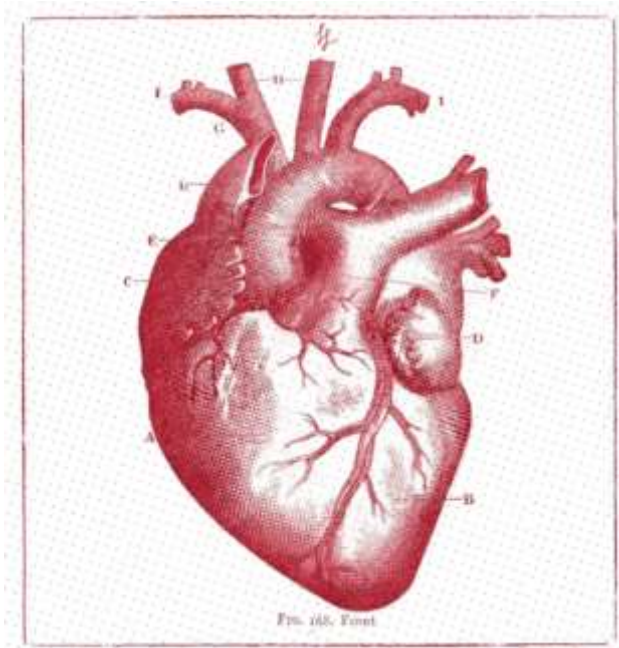
План лекции

- 1) Сердечно-сосудистые заболевания: общая характеристика
- 2) Качество жизни лиц с сердечной недостаточностью
- 3) Медико-социальная экспертиза при болезнях системы кровообращения: обзор обновлённых классификаций и критериев



Вопросы на сам.изучение

- Лечебная (адаптивная) физическая культура в постинсультной реабилитации
- Качество жизни пациентов с ССЗ



Сообщения

- VR технологии в постинсультной реабилитации <https://cyberleninka.ru/article/v/virtualnaya-realnost-kak-metod-vostranovleniya-dvigatelnoy-funktsii-ruki>
- Функции специалиста по социальной работе в мультидисциплинарной команде (постинсультная неврология)

Ю. В. Гольдблат

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В НЕВРОЛОГИИ

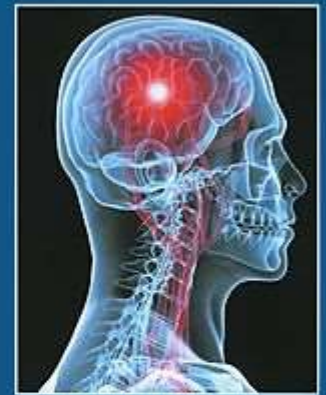
ozon.ru

В.А. Епифанов
А.В. Епифанов

 **БИБЛИОТЕКА
ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА**

**НЕВРОЛОГИЯ
РЕАБИЛИТАЦИЯ
И ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ
МЕДИЦИНА**

Реабилитация в неврологии



 **ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»**

ozon.ru

литература

- *Погосова Н.В., Байчоров И.Х., Юферева Ю.М., Колтунов И.Е.*
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ *Кардиология*. 2010. Т. 50. № 4. С. 66-78.
- <http://medbe.ru/materials/serdechnaya-nedostatochnost/mediko-sotsialnaya-rabota-pri-lechenii-khronicheskoy-serdechnoy-nedostatochnosti/>
- *Вологдина И.В., Порошина Е.Г., Станжевский А.А., Петров А.В.* **ВЛИЯНИЕ КОГНИТИВНЫХ И АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ НА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ** *Вестник межнационального центра исследования качества жизни*. 2017. № 29-30. С. 52-60.

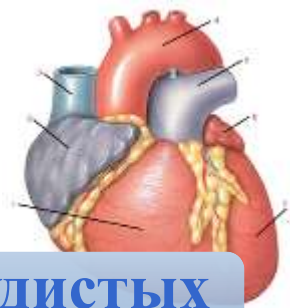
Сердечно-сосудистые заболевания: общая характеристика



-
- ▶ Любое ССЗ функционального или органического характера, ведет к более или менее выраженному снижению функции кровообращения.
 - ▶ В этих условиях ограничивается адаптационная способность всей кислородно-транспортной системы, в результате чего снижается физическая работоспособность организма.



ИБС

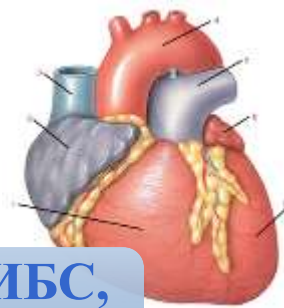


Одно из самых распространенных сердечно-сосудистых заболеваний – ишемическая болезнь сердца (ИБС).

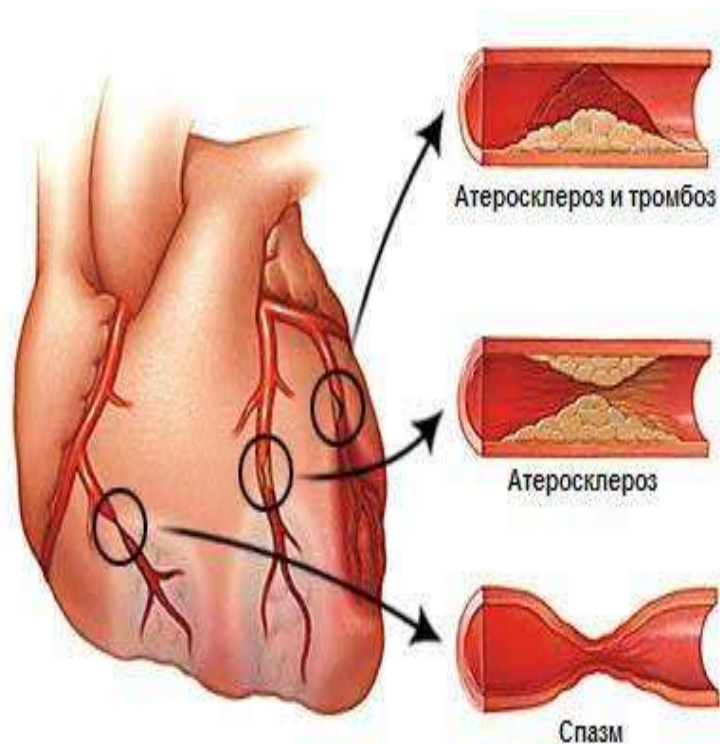
Причиной болезни может быть: сужение просвета коронарных артерий, изменения в свертывающей и противосвертывающей системах крови, недостаточность кровообращения миокарда, физическая перегрузка сердца



СТЕНОКАРДИЯ

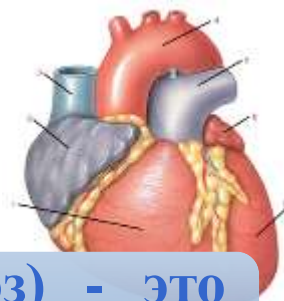


Стенокардия в большинстве случаев, как и другие формы ИБС, обусловлена атеросклерозом артерий сердца. Атеросклеротические бляшки при стенокардии сужают просвет артерий и препятствуют их рефлекторному расширению.



При стенокардии боль всегда отличается следующими признаками:
носит характер приступа, т. е. имеет четко выраженное время возникновения и прекращения, затихания;
возникает при определенных условиях, обстоятельствах;
начинает стихать или совсем прекращается под влиянием приёма нитроглицерина.

АТЕРОСКЛЕРОЗ



Атеросклероз (от греч. *athera* - каша и *склероз*) - это хроническое заболевание, при котором стенки артерий уплотняются и теряют эластичность, что ведет к сужению их просвета, а значит и к затруднению тока крови.

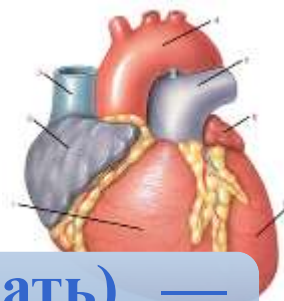
Жертвами атеросклероза обычно становятся лица среднего и пожилого возраста. Однако атеросклеротические изменения обнаруживаются, в ряде случаев, у детей и даже у новорожденных.



Инфаркт

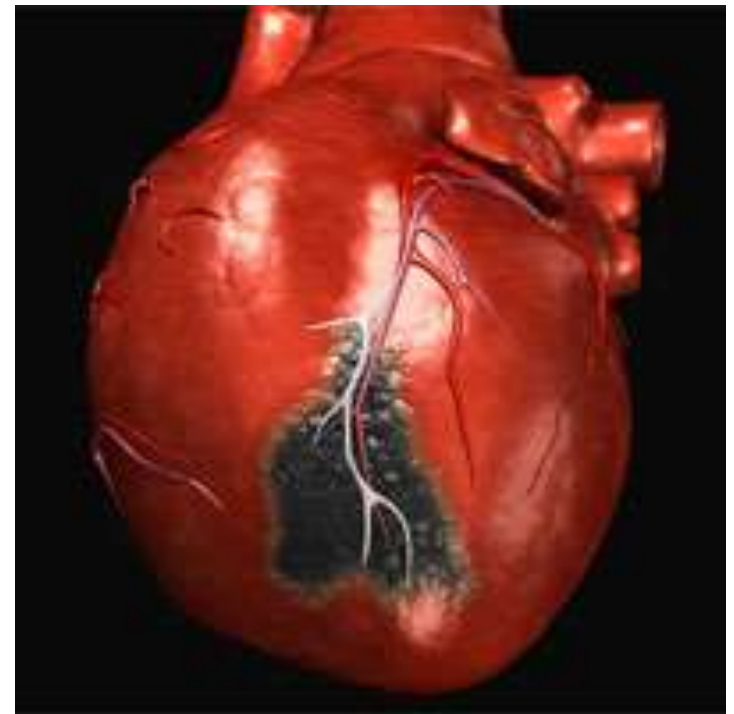
- Инфаркт — **это частичное или полное повреждение сердечной мышцы**, которое происходит в результате тромбоза артериального сосуда, питающего сердце, когда его перекрывает сгусток крови. В результате ткани недополучают кислород и иные питательные вещества — и начинают отмирать.
- Также встречаются **инфаркты кишечника, почки, головного мозга и т. д.** Основные причины схожи: атеросклеротическое поражение артерий, кровоснабжающих внутренних органов, аномалии развития сосудов или наследственные дефекты свёртывающей системы, приводящие к появлению тромбов.

ИНФАРКТ

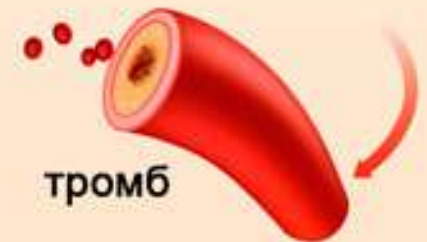
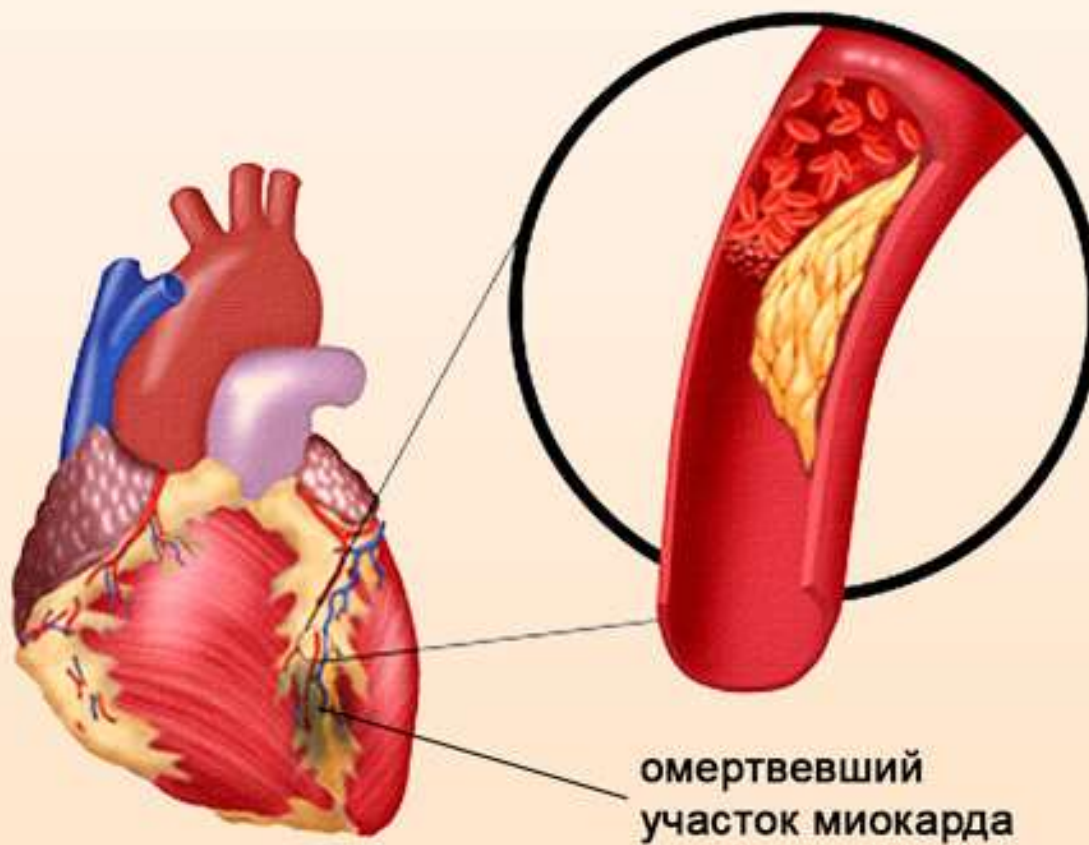


Инфаркт (от лат. *infarcire* - начинять, набивать) — омертвление (некроз) участка или всего органа вследствие недостатка кровоснабжения.

Причины инфаркта:
тромбоз, эмболия,
длительный спазм артерий
и функциональное
перенапряжение органа в
условиях гипоксии при
недостаточности
коллатерального
кровообращения.



ИНФАРКТ МИОКАРДА



■ Основные симптомы остановки сердца

Неврологический аппарат

Путаница сознания
Раздражительность
Головокружение и обмороки

Сердечно-сосудистая система

Падение давления
Тахикардия

Системные симптомы

Слабость и усталость
Лихорадка
Боли (грудь, руки, верхняя часть тела)

Дыхательная система

Одышка
Кашель
Жидкость в легких

Желудочно-кишечный тракт

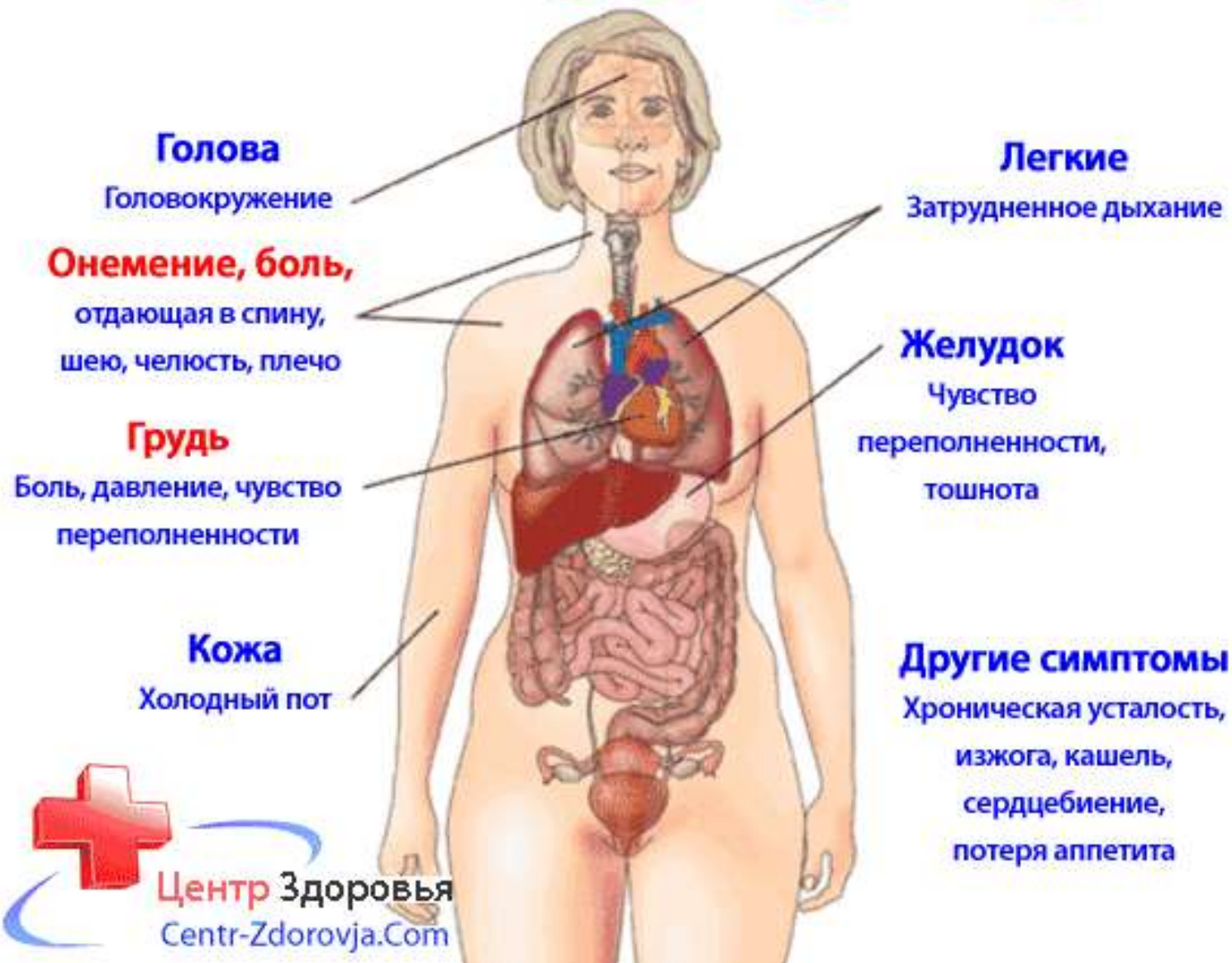
Тошнота и рвота

Кожные симптомы

Бледность
Чувство холода
Потливость



Симптомы инфаркта у женщин



СИМПТОМЫ ИНФАРКТА



Интенсивная боль



Боль не прекращается после приема нитроглицерина



Продолжительность боли более 15 минут

СИМПТОМЫ ИНСУЛЬТА



У — попросите пострадавшего **УЛЫБНУТЬСЯ**.
Не может улыбнуться?
Уголок рта опущен?



З — попросите его **ЗАГОВОРИТЬ**.
Попросите выговорить простое предложение.
Связно. Например: «За окном светит солнце»
Не может разборчиво произнести предложение?



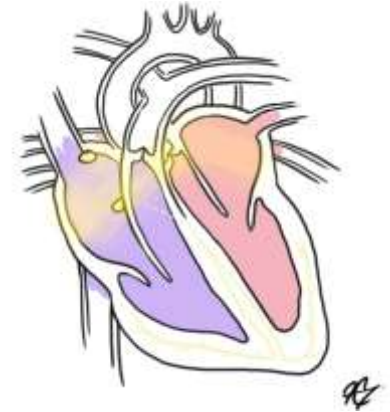
П — попросите его **ПОДНЯТЬ** обе руки.
Не может поднять обе руки?
Одна ослабла?

Инсульт

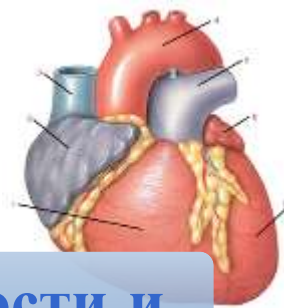
- Инсульт – острое нарушение мозгового кровообращения, которое приводит к повреждению и отмиранию нейронов головного мозга.
 - При закупорке кровеносного сосуда тромбом возникает **ишемический** инсульт, а при разрыве сосуда – **геморрагический**. Ишемический инсульт происходит гораздо чаще, чем геморрагический.

Причины инфаркта и инсульта

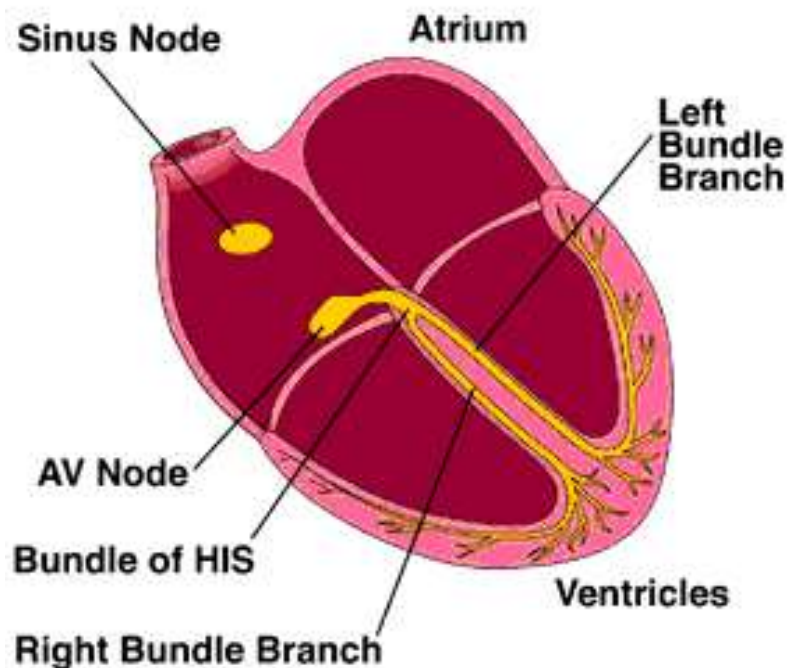
- Причины развития ишемического инфаркта мозга:
- повышенная вязкость крови;
- тромбы;
- снижение мозгового кровотока из-за заболеваний сердца, сосудистой системы, крови;
- возраст;
- гиподинамия;
- вредные привычки;
- патология позвоночных и сонных артерий.
- Симптомы ишемического инсульта нарастают постепенно. На месте участка, пораженного ишемическим инфарктом мозга, со временем формируется киста.
- Основные причины **геморрагического инсульта**:
- повышенное артериальное давление (гипертоническая болезнь);
- микроангиопатия (патологическое состояние сосудов, отвечающих за метаболизм).



АРИТМИИ СЕРДЦА



Аритмии сердца - нарушения частоты, ритмичности и последовательности сокращений отделов сердца.



Аритмии могут возникать при структурных изменениях в проводящей системе при заболеваниях сердца и (или) под влиянием вегетативных, эндокринных, электролитных и других метаболических нарушений, при интоксикациях и некоторых лекарственных воздействиях.

Классификация уровней артериального давления

Оптимальное	120/80 и ниже
Нормальное	130/85 и ниже
Высокое нормальное	130–139/85–89

Гипертония I степени	140–159/90–99
Гипертония II степени	160–179/100–109
Гипертония III степени	180/110 и выше

Изолированная систолическая гипертония
140 и выше/ ниже 90

Наиболее частые жалобы при АД

- **Головные боли пульсирующего характера в затылочной области:**
возникают утром, при пробуждении;
связаны с эмоциональным напряжением;
усиливаются к концу рабочего дня.
- **Головокружение.**
- **Мелькание мушек перед глазами.**
- **Плохой сон.**
- **Раздражительность.**
- **Нарушения зрения.**
- **Боли в области сердца.**



Необходимо запомнить!

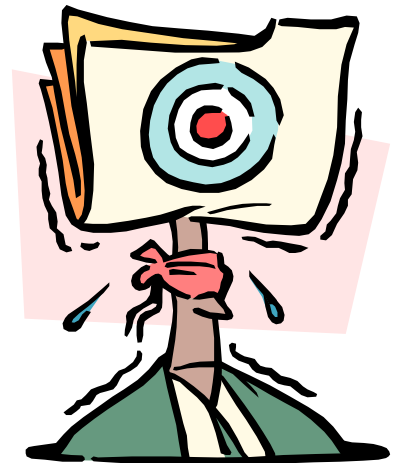
Не надо полагаться только на собственные ощущения!

Повышение АД не всегда сопровождается плохим самочувствием!

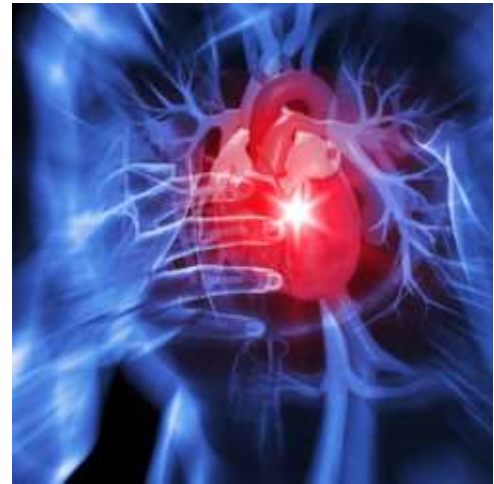
Гипертонический криз –

это внезапный, резкий подъём артериального давления, сопровождающийся ухудшением самочувствия и опасный осложнениями.

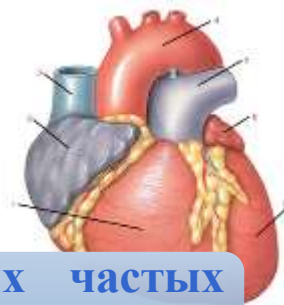
Необходимо запомнить!
Гипертонический криз
всегда требует
безотлагательного вмешательства!



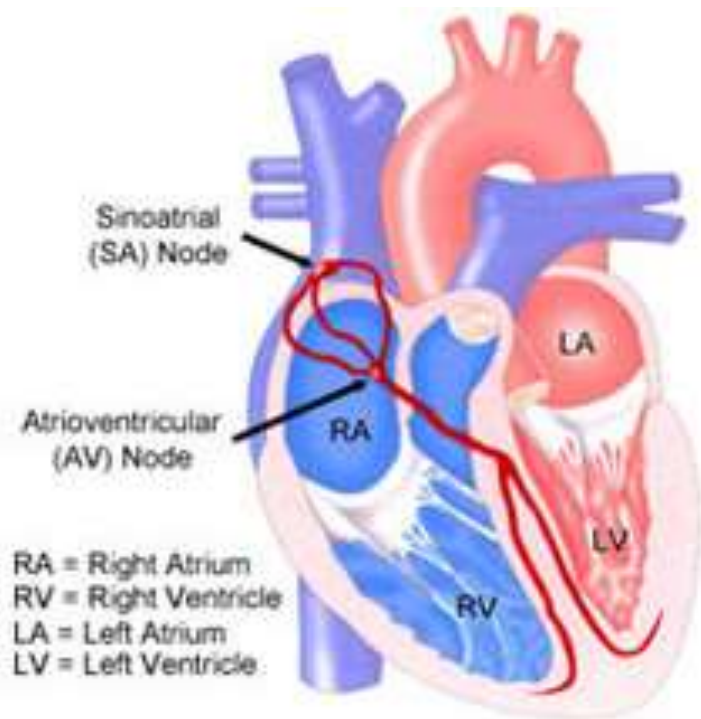
Хроническая сердечная недостаточность



СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ



Хроническая сердечная недостаточность это одно из самых частых осложнений болезней ССС. Чаще хроническую сердечную недостаточность вызывают ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, артериальная гипертензия, кардиомиопатии, пороки клапанов сердца.



Любая болезнь сердца приводит к снижению способности сердца обеспечивать организм достаточным притоком крови. Во многих случаях именно сердечная недостаточность становится причиной смерти и по данным американских исследователей снижает качество жизни пациента на 81%

Клинические признаки ХСН¹

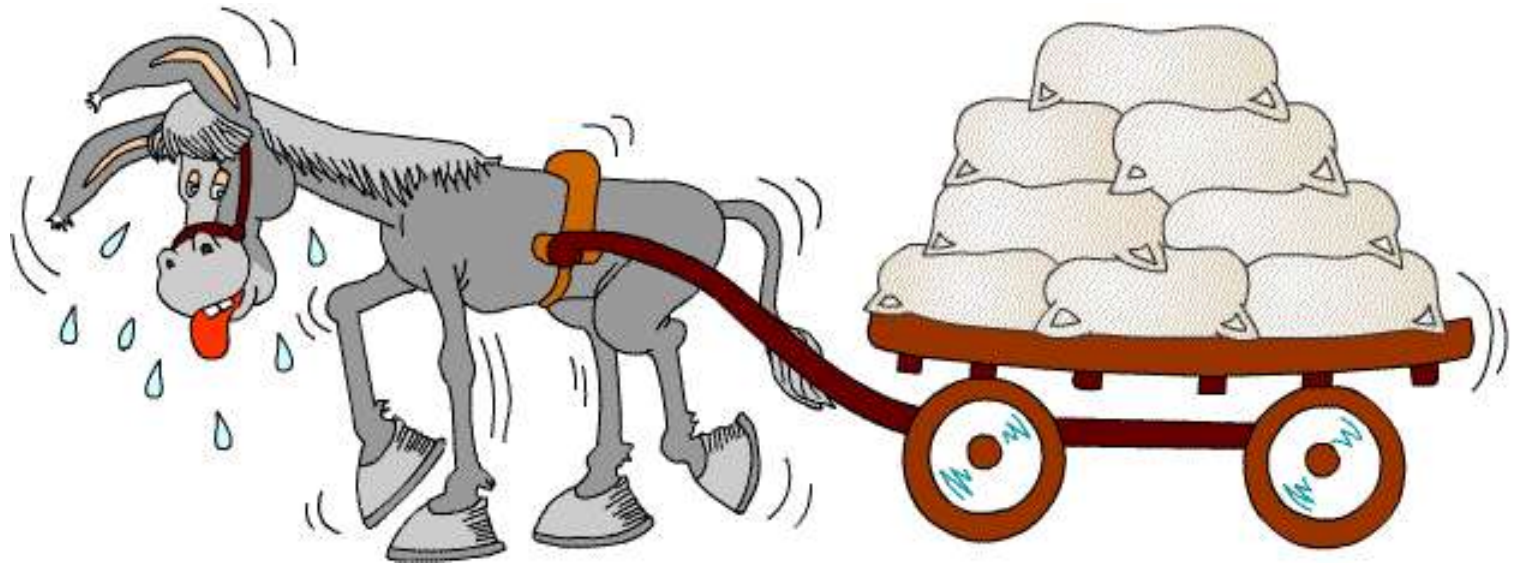


- Слабость, утомляемость и ограничение активности.
- Одышка.
- Сердцебиение.
- Застой в легких.
- Отеки.

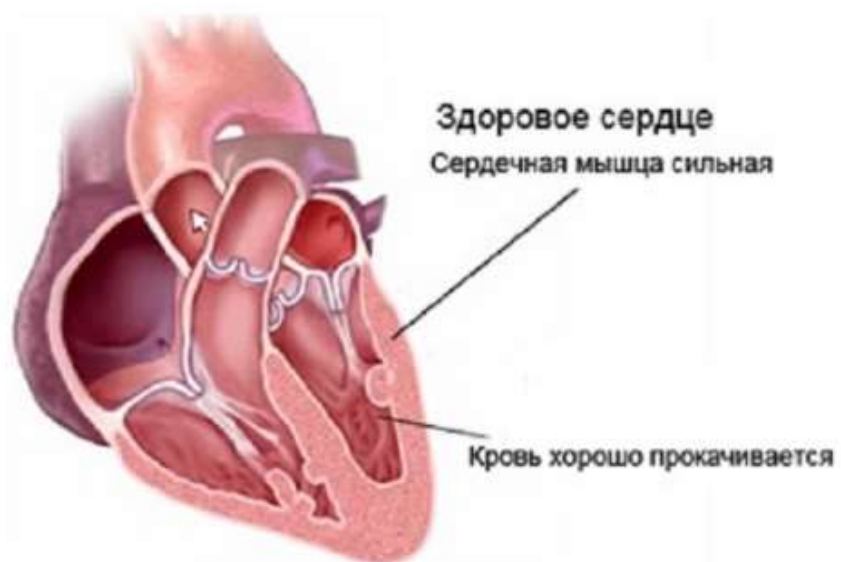
1. Национальные рекомендации по диагностике и лечению ХСН (Утверждены съездом кардиологов РФ в октябре 2003 г.) Журнал Сердечная Недостаточность. 2003;4(6):276–297.

Аналогия с осликом

Желудочковая активность ограничивает возможность выполнения привычных нагрузок в жизни...



Сердечная недостаточность



Причины, вызывающие ХСН

- Синдром ХСН может осложнять течение практически всех заболеваний сердечно-сосудистой системы, но главными причинами ХСН, составляющими более половины всех случаев, являются:
- Ишемическая (коронарная) болезнь сердца (ИБС)
- Артериальная гипертензия
- сочетание этих заболеваний, а также
- Клапанные пороки сердца
- Неишемические кардиомиопатии, включающие в себя как идиопатическую дилатационную кардиомиопатию (ДКМП), так и специфические, из которых наибольшее распространение имеют кардиомиопатия как исход миокардита и алкогольная кардиомиопатия.

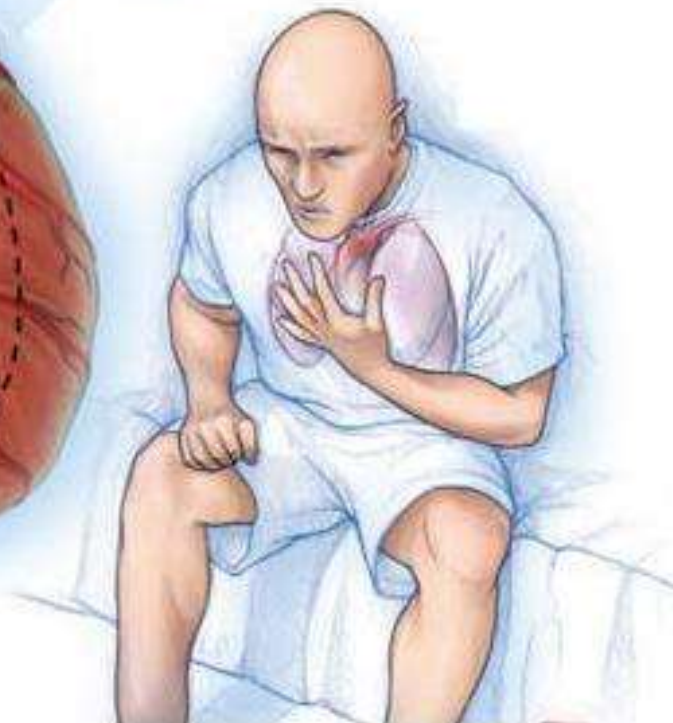
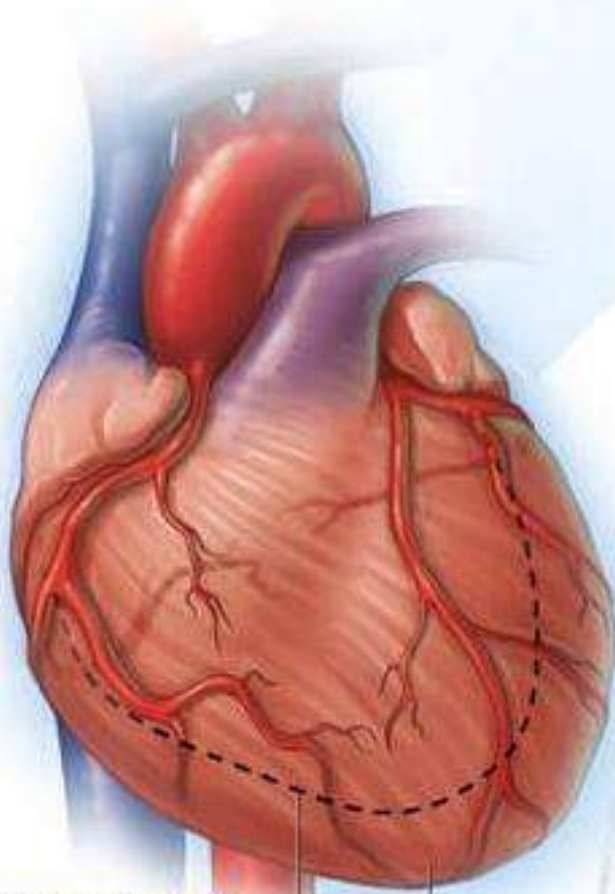
Сердечная недостаточность

Жидкость
застаивается
в легких,
вызывая одышку



Нормальный
размер сердца

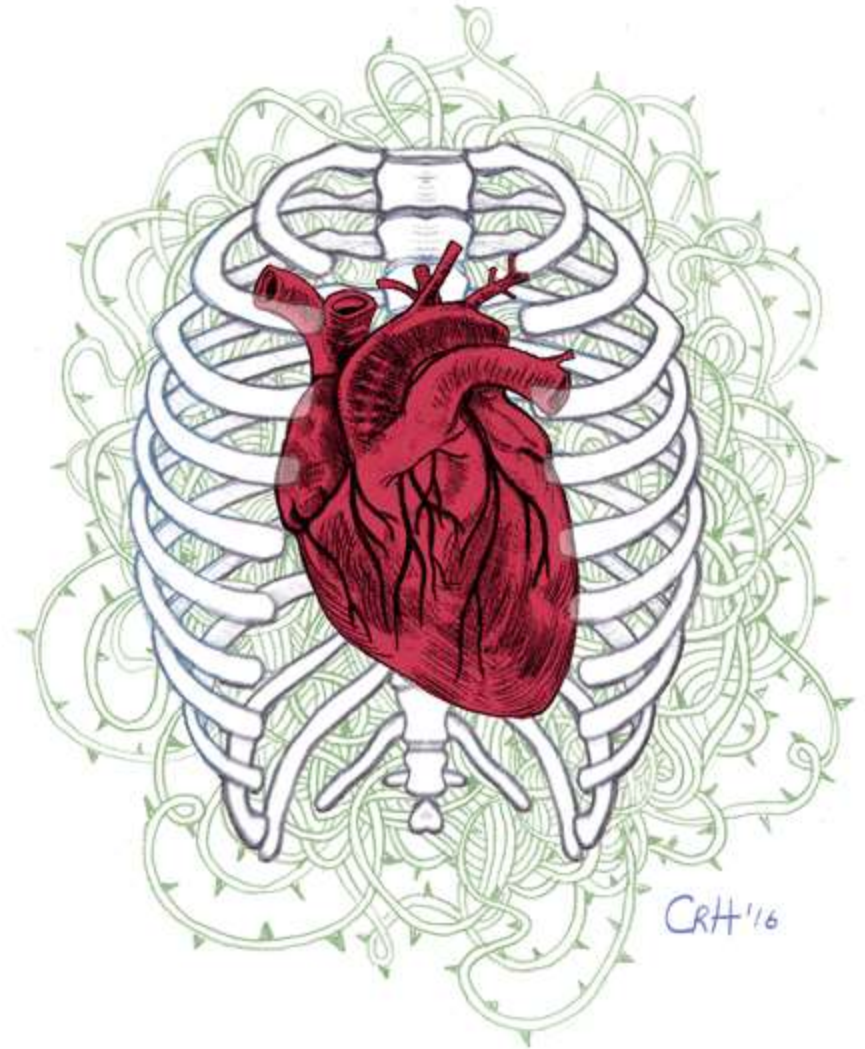
Увеличенное сердце



Диагностика впервые выявленной ХСН

Первые действия:

- ЭКГ
- Рентгенография ОГК
- Тесты крови
- ЭХОКГ



Цели при лечении ХСН^{1,2}

- Улучшение прогноза (продление жизни).
- Устранение симптомов заболевания - одышки, сердцебиения, повышенной утомляемости и задержки жидкости в организме.
- Защита органов-мишеней (сердце, почки, мозг, сосуды, мускулатура) от поражения.
- Уменьшение числа госпитализаций.
- Улучшение **"качества жизни"**.

1. Национальные рекомендации по диагностике и лечению ХСН (Утверждены съездом кардиологов РФ в октябре 2003 г.) Журнал Сердечная Недостаточность. 2003;4(6):276–297.
2. Cleland JG, Swedberg K, Follath F et al. The EuroHeart Failure survey programme a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 1: patient characteristics and diagnosis. Eur Heart J. 2003;24(5):442–463.

Классификация сердечной недостаточности

По скорости нарастания признаков декомпенсации выделяют острую и хроническую сердечную недостаточность.

Развитие острой сердечной недостаточности может происходить по двум типам:

1. по **левому типу** (острой левожелудочковой или левопредсердной недостаточности)
2. острой **правожелудочковой** недостаточности

Источник: http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/heart_failure

В развитии хронической сердечной недостаточности
по классификации Василенко-Стражеско выделяют три стадии:

- **I (начальная) стадия** – скрытые признаки недостаточности кровообращения, проявляющиеся только в процессе физической нагрузки одышкой, сердцебиением, чрезмерной утомляемостью; в покое гемодинамические нарушения отсутствуют.
- **II (выраженная) стадия** – признаки длительной недостаточности кровообращения и гемодинамических нарушений (застойные явления малого и большого кругов кровообращения) выражены в состоянии покоя; резкое ограничение трудоспособности:
 - Период II А – умеренные гемодинамические нарушения в одном отделе сердца (лево- или правожелудочковая недостаточность). Одышка развивается при обычной физической активности, работоспособность резко снижена. Объективные признаки – цианоз, отечность голеней, начальные признаки [гепатомегалии](#), жесткое дыхание.
 - Период II Б – глубокие гемодинамические расстройства с вовлечением всей сердечно-сосудистой системы (большого и малого круга). Объективные признаки – одышка в покое, выраженные отеки, цианоз, асцит; полная нетрудоспособность.
- **III (дистрофическая, конечная) стадия** – стойкая недостаточность кровообращения и обмена веществ, морфологически необратимые нарушения структуры органов (печени, легких, почек), истощение.

Методы оценки тяжести ХСН

- Оценка тяжести состояния больного и особенно эффективности проводимого лечения является насущной задачей.
- Именно динамика ФК при лечении позволяет объективно решить, правильны и успешны ли терапевтические мероприятия.
- Использование простого и **доступного 6-минутного теста коридорной ходьбы** дает возможность количественно измерить тяжесть и динамику состояния больного с ХСН при лечении и его толерантность к физическим нагрузкам.

1. Национальные рекомендации по диагностике и лечению ХСН (Утверждены съездом кардиологов РФ в октябре 2003 г.) Журнал Сердечная Недостаточность. 2003;4(6):276–297.
2. Cleland JG, Swedberg K, Follath F et al. The EuroHeart Failure survey programme a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 1: patient characteristics and diagnosis. Eur Heart J. 2003;24(5):442–463.

Определение дистанции шестиминутной ходьбы¹



- Этот метод широко используется в последние годы в международной практике и позволяет оценить толерантность пациента к физическим нагрузкам, используя минимальные технические средства.
- Суть метода заключается в том, что нужно измерить, какую дистанцию в состоянии пройти пациент в течение 6 минут. Для этого требуются лишь часы с секундной стрелкой и рулетка. Проще всего заранее разметить больничной или поликлинический коридор и попросить пациента двигаться по нему в течение 6 минут. Если пациент пойдет слишком быстро и вынужден будет остановиться, эта пауза, естественно, включается в 6 минут. В итоге вы определите физическую толерантность вашего больного к нагрузкам. Каждому ФК ХСН соответствует определенная дистанция 6-минутной ходьбы

Выраженность ХСН	Дистанция 6-ти минутной ходьбы
Нет ХСН	>551 м
I ФК ХСН	426–550 м
II ФК ХСН	301-425 м
III ФК ХСН	151-300 м
IV ФК ХСН	<150 м

1. Национальные рекомендации по диагностике и лечению ХСН (Утверждены съездом кардиологов РФ в октябре 2003 г.) Журнал Сердечная Недостаточность. 2003;4(6):276–297.

Тест 6 - минутной Ходьбы

• **Выраженность
ХСН**

I ФК ХСН

II ФК ХСН

III ФК ХСН

IV ФК ХСН

• **Дистанция 6 - минутной
Ходьбы**

426 - 550 м

301 - 425 м

151 - 300 м

< 151 м



Другие способы оценки клинического состояния больных ХСН

Кроме динамики ФК и толерантности к нагрузкам для контроля за состоянием больных с ХСН применяются:

- Оценка клинического состояния пациента (выраженность одышки, диурез, изменения массы тела, степень застойных явлений и т.п.);
- Динамика ФВ ЛЖ (в большинстве случаев по результатам эхокардиографии);
- Оценка качества жизни больного, измеряемая в баллах при использовании специальных опросников, наиболее известным из которых является **опросник Миннесотского университета**, разработанный специально для больных с ХСН.

**Приложение 2. Миннесотский опросник качества жизни
больных хронической сердечной недостаточностью**

Этот опросник предназначен для оценки того, как сердечная недостаточность ограничивала ваши возможности в этом месяце. Представленные ниже вопросы отражают различные варианты влияния сердечной недостаточности на жизнь страдающих ею больных. Если вы уверены, что данного симптома у вас нет, или он не оказывал существенного влияния на вашу жизнь в этом месяце, обведите знак «0» (Нет). Если же указанный симптом имеется и мешает вам жить так, как вы бы хотели, обведите цифры от 1 до 5 в соответствии с тяжестью симптома по возрастающей.

Хроническая сердечная недостаточность не позволяла вам жить в этом месяце так, как вы хотите, из-за:

	Нет	Незначи- тельно				Очень сильно
1. отечности стоп, голеней и т.д.?	0	1	2	3	4	5
2. необходимости отдыхать сидя или лежа в течение дня?	0	1	2	3	4	5
3. трудностей при ходьбе или при подъеме по лестнице	0	1	2	3	4	5
4. ограничений во время работы по дому или на дачном участке?	0	1	2	3	4	5
5. невозможности дальних поездок?	0	1	2	3	4	5
6. нарушения полноценного сна в ночное время?	0	1	2	3	4	5
7. трудностей во взаимоотношениях с членами семьи или друзьями?	0	1	2	3	4	5
8. ограничений возможности зарабатывать на жизнь?	0	1	2	3	4	5
9. невозможности полноценного активного отдыха, занятий спортом?	0	1	2	3	4	5
10. невозможности полноценной половой жизни?	0	1	2	3	4	5
11. соблюдения диеты, ограничивающей количество и разнообразие употребляемых продуктов?	0	1	2	3	4	5
12. ощущения нехватки воздуха?	0	1	2	3	4	5
13. ощущения усталости, утомления, отсутствия энергии?	0	1	2	3	4	5
14. необходимости периодически находиться в больнице?	0	1	2	3	4	5
15. расходов на лекарства?	0	1	2	3	4	5
16. побочного действия лекарств?	0	1	2	3	4	5
17. ощущения, что вы являетесь обузой для семьи?	0	1	2	3	4	5
18. ощущения беспомощности?	0	1	2	3	4	5
19. ощущения беспокойства?	0	1	2	3	4	5
20. неспособности сконцентрироваться и ухудшения памяти?	0	1	2	3	4	5
21. депрессии?	0	1	2	3	4	5

* 0 баллов – отличное качество жизни, 105 баллов – максимально плохое качество жизни

Концепция исследования КЖ имеет широкие возможности применения в кардиологии и позволяет -

- ■ оптимизировать проведение стандартизации методов лечения;
- ■ осуществлять экспертизу новых методов лечения, опираясь на международные критерии, принятые в большинстве развитых стран;
- ■ повысить качество экспертизы новых лекарственных препаратов;
- ■ обеспечить полноценный индивидуальный мониторинг состояния больного с оценкой ранних и отдаленных результатов после кардиохирургических операций;
- ■ разрабатывать прогностические модели для многих сердечно-сосудистых заболеваний;
- ■ проводить социально-медицинские популяционные исследования с выделением групп риска
- в отношении сердечно-сосудистой патологии;
- ■ обеспечить динамическое наблюдение за группами риска и оценить эффективность превентивных программ;
- ■ изучать и проводить экономическое обоснование методов лечения с учетом фармакоэкономических показателей: «цена-качество», «стоимость-эффективность» (QALY)

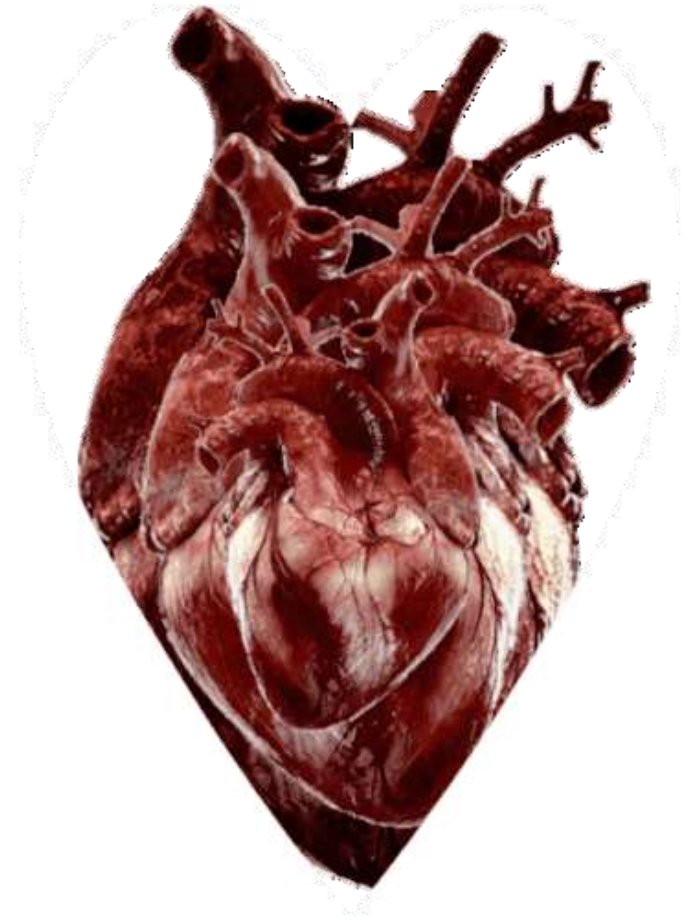
Понятие «качество жизни» больных ХСН

- Способность больного жить такой же полноценной жизнью, как его здоровые сверстники, находящиеся в аналогичных экономических, климатических, политических и национальных условиях.
- Иными словами, врач должен помнить о желании своего пациента с ХСН, который и так обречен на прием лекарств, нередко достаточно неприятных, жить полноценной жизнью. В это понятие входит физическая, творческая, социальная, эмоциональная, сексуальная, политическая активность. Необходимо помнить, что изменения "качества жизни" не всегда параллельны клиническому улучшению. К примеру, назначение мочегонных, как правило, сопровождается клиническим улучшением, **но необходимость быть "привязанным" к туалету**, многочисленные побочные реакции, свойственные этой группе лекарств, **определенно ухудшают "качество жизни"**.



Опросники КЖ при СН

- С 1994 г. создаются несколько специализированных опросников для оценки КЖ при СН.
- К ним относятся Сиэтлский опросник для стенокардии (Seattle Angina Questionnaire — SAQ),
- Кардиологический профиль здоровья (Cardiac Health Profile),
- Качество жизни при стенокардии (Angina Pectoris Quality of life Questionnaire-0 — APAG).
- Самыми широко используемыми и распространенными в настоящее время в мировой кардиологической практике являются **SAQ** и опросник **SF-36**.



Опросники при изучении КЖ ССЗ

- Среди общих опросников, наиболее часто используемых в клинической практике для оценки КЖ при сердечно-сосудистых заболеваниях, следует отметить следующие:
 - ■ Sickness Impact Profile;
 - я Nottingham Health Profile;
 - ■ Quality of Well-Being Scale;
 - ■ Psychological General Well-being Index;
 - ■ Psychological Well-Being Schedule;
 - ■ Hospital Anxiety and Depression Scale;
 - ■ McMaster Health Index Questionnaire; и MOS-SF-36.

Опросники при изучении КЖ АГ

- для оценки КЖ при артериальной гипертензии (АГ) применяют целый ряд опросников и шкал, которые описывают различные параметры КЖ больного [206]. Среди них заслуживают внимания опросники, оценивающие:
 - ■ благополучие (Psychological General Well-Being Index, Profile and Mood State, General Health Questionnaire, Symptom Rating Scale);
 - ■ симптомы (Health Status Index);
 - ■ сексуальную функцию (Sexual Symptom Distress Index);
 - ■ нарушения сна (Sleep Dysfunction Scale);
 - ■ побочные эффекты лечения (Complaint Rate, Minor Symptom Evaluation Profile, Subjective Symptom-Assessment Profile, Aspect Scale);
 - ■ когнитивную функцию (стандартные поведенческие тесты по оценке памяти, концентрации, тревожности, восприятия)

Шесть путей достижения поставленных целей при лечении декомпенсации (повышение качества жизни):

- Диета
- Режим физической активности
- Психологическая реабилитация, организация врачебного контроля, школ для больных с ХСН
- Медикаментозная терапия
- Электрофизиологические методы терапии
- Хирургические, механические методы лечения

*Как видно, медикаментозное лечение представляет собой хотя и очень важную составляющую, но находящуюся в этом списке на четвертой позиции. **Игнорирование немедикаментозных методов борьбы с ХСН затрудняет достижение конечного успеха и снижает эффективность лечебных (медикаментозных) воздействий.***

Диета больных ХСН1

Общие рекомендации

- Диета больных при ХСН должна быть калорийной, легко усвояемой. Оптимальным вариантом является использование в питании нутритивных смесей. В пище максимально должно быть ограничено количество соли - это намного эффективнее, чем ограничение приема жидкости. Больной должен принимать не менее 750 мл жидкости при любой стадии ХСН.

Ограничение соли



Ограничение **соли** имеет 3 уровня:

- 1-й - ограничение продуктов, содержащих большое количество соли, суточное потребление хлорида натрия менее 3 г/сут (при I ФК ХСН)
- 2-й - плюс не подсаливание пищи и использование при ее приготовлении соли с низким содержанием натрия, суточное потребление хлорида натрия 1,2 -1,8 г/сут (II - III ФК ХСН);
- 3-й - плюс приготовление пищи без соли, суточное потребление хлорида натрия менее 1 г/сут (IV ФК).

Важно! если пациент с ХСН жалуется на постоянную жажду, причиной этого может быть альдостеронемия, что приводит к избыточной продукции антидиуретического гормона. В таких случаях, кроме назначения альдактона, приходится временно разрешать пациенту прием жидкости и идти на внутривенное введение электролитных растворов

Медико-социальная экспертиза при болезнях системы кровообращения: обзор обновлённых классификаций и критериев

ОПРЕДЕЛЕНИЯ МКФ

Функции организма – это физиологические функции систем организма (включая психические функции).

Структуры организма – это анатомические части организма, такие как органы, конечности и их компоненты.

Нарушения – это проблемы, возникающие в функциях или структурах, такие как существенное отклонение или утрата.

Активность – это выполнение задачи или действия индивидом.

Участие – это вовлечение индивида в жизненную ситуацию.

Ограничение активности – это трудности в осуществлении активности, которые может испытывать индивид.

Ограничение возможности участия – это проблемы, которые может испытывать индивид при вовлечении в жизненные ситуации.

приказ №585н

- В приказе №585н рассматриваются нарушения функций в соответствии с Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).
- МКФ выделяет функции систем организма; анатомические части организма
 - – его структуры (органы, конечности); активность
 - – выполнение определённой задачи индивидом; участие – вовлечение индивида в жизненную ситуацию; контекстовые факторы
 - – факторы окружающей среды и личностные факторы.

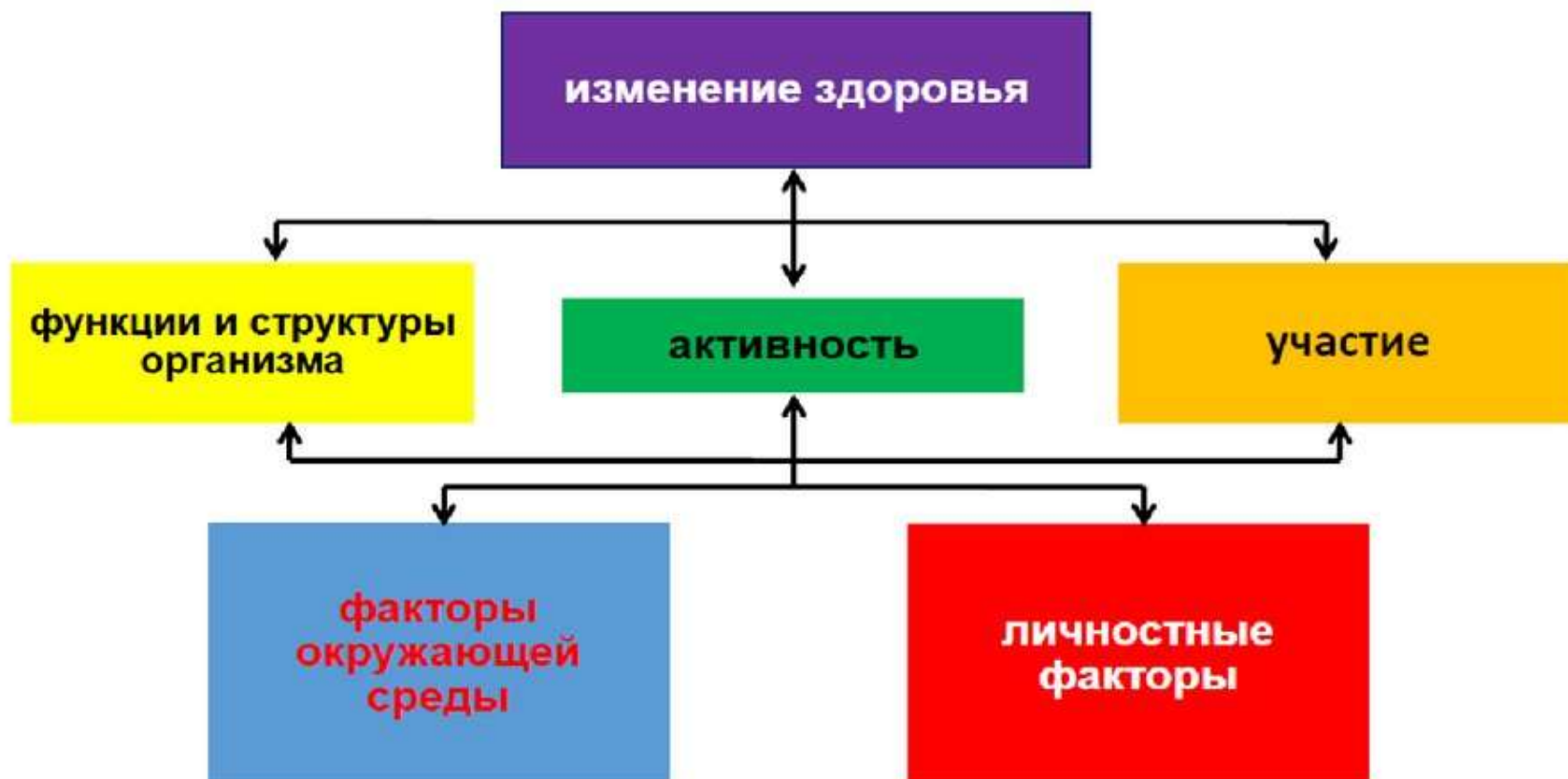
Такое группирование позволяет определить ограничения жизнедеятельности человека при различных заболеваниях, даёт представление о способностях индивида при имеющихся у него расстройствах функций организма

Значение МКФ

- Использование МКФ позволяет применить биопсихосоциальную модель болезни: в развитии расстройства здоровья важную роль играют как
- биологические (генетические, анатомические, физиологические, биохимические и др.) нарушения,
- так и психологические (мышление, эмоции, поведение) и социальные (социально-экономические, культурные, семейные) факторы.
 - **Человек рассматривается как биологический объект, как часть общества и как личность со своими установками**

Составляющие здоровья в МКФ

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья



МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ

СТРУКТУРА МКФ

ЧАСТИ

ДОМЕНЫ

ПАРАМЕТРЫ



МКФ может применяться в различных целях, например:

- в качестве статистического инструмента – для сбора и регистрации данных
- в качестве исследовательского инструмента – для оценки результатов, качества жизни или факторов внешней среды
- в качестве клинического инструмента – для оценки потребностей, профессиональной пригодности
- в качестве инструмента социальной политики – для использования в целях создания компенсационных систем, установления наличия прав, разработки стратегий
- в качестве образовательного инструмента – в целях повышения уровня информированности, просвещения в отношении инвалидности



МКФ – методологическая основа реабилитационного процесса.

- МКФ – методологическая основа реабилитационного процесса. Данная классификация позволяет поставить реабилитационный диагноз, определить прогноз, обозначить цель реабилитации, а впоследствии оценить эффективность проводимых мероприятий. Важным преимуществом МКФ является возможность общения специалистов различного профиля на одном понятийном языке, что очень важно для реабилитационного процесса, обязательным условием которого является мультидисциплинарный подход и преемственность.
- МКФ предлагает считать нарушения функций в диапазоне 0–4% как отсутствие нарушений, в диапазоне 5–24% как незначительные нарушения, в диапазоне 25–49% как умеренные нарушения, в диапазоне 50–95% как тяжёлые нарушения, более 95% как абсолютные нарушения .

ФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ СОГЛАСНО МКФ

- МКФ выделяет следующие функции сердечно-сосудистой системы:
- **b410** Функции сердца:
- **b4100** Темп сердечных сокращений;
- **b4101** Ритм сердечных сокращений;
- **b4102** Сократительная сила миокарда желудочков;
- **b4103** Кровоснабжение сердца.
- **b415** Функции кровеносных сосудов:
- **b4150** Функции артерий;
- **b4151** Функции капилляров;
- **b4152** Функции вен.
- **b420** Функции артериального давления:
- **b4200** Повышение артериального давления;
- **b4201** Снижение артериального давления;
- **b4202** Поддержание артериального давления.

Оценка степени выраженности стойких нарушений функций сердечно-сосудистой системы

- Оценка степени выраженности стойких нарушений функций сердечно-сосудистой системы, вызванных БСК, формируется исходя из определения степени выраженности следующих клинико-функциональных нарушений:
гипертонического синдрома, лёгочной гипертензии; недостаточности кровообращения; нарушений сердечного ритма.
- Также оцениваются форма и тяжесть течения заболевания, частота и тяжесть обострений, поражение органов-мишеней, распространённость, наличие осложнений.
- Ведущей причиной заболеваемости, временной утраты трудоспособности и инвалидности во всех странах мира является ишемическая болезнь сердца (ИБС)

Критерии установления инвалидности при ИБС следующие:

Стенокардия (код по МКБ-10 — I 20)

- Инвалидность не устанавливается при **определении у освидетельствуемого незначительных нарушений функции сердечно-сосудистой системы, что соответствует 10–30%**. У больного определяется стенокардия или безболевая ишемия миокарда I, II ФК (мощность последней ступени нагрузки при велоэргометрии 75–100 Вт); ХСН 0 или I стадии.
- Умеренные нарушения функций сердечно-сосудистой системы (40-60%) у освидетельствуемого соответствуют инвалидности третьей группы. При этом выявляется стенокардия или безболевая ишемия миокарда, ФК III (мощность последней ступени нагрузки при велоэргометрии 50 Вт) при наличии ХСН I, II А стадии.
- Выраженные нарушения функции сердечно-сосудистой системы (70–80%) соответствуют инвалидности второй группы. При этом определяется стенокардия или безболевая ишемия миокарда ФК III (мощность последней ступени нагрузки при велоэргометрии 50 Вт) при наличии ХСН II Б стадии.
- Инвалидность первой группы устанавливается при определении у освидетельствуемого значительно выраженных нарушений функции сердечно-сосудистой системы (90-100%): стенокардия и безболевая ишемия ФК IV (мощность последней ступени нагрузки при велоэргометрии 25 Вт) при наличии ХСН II Б или III стадии.

Хроническая ишемическая болезнь сердца (код по МКБ-10 — I 25)

- Инвалидность не устанавливается при определении у освидетельствуемого незначительных нарушений функции сердечно-сосудистой системы (10–30 %): ХСН I стадии.
- Инвалидность третьей группы устанавливается при определении у освидетельствуемого умеренных нарушений функции сердечно-сосудистой системы (40–60%): ХСН II А стадии.
- Инвалидность второй группы устанавливается при определении у освидетельствуемого выраженных нарушений функции сердечно-сосудистой системы (70–80%): ХСН II Б стадии.
- Инвалидность первой группы устанавливается при определении у освидетельствуемого значительно выраженных нарушений функции сердечно-сосудистой системы (90–100%): ХСН III стадии.

Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (код по МКБ-10 — I 10 – I 15)

- Инвалидность не устанавливается при артериальной гипертензии 1–3 степени, гипертонической болезни второй стадии без нарушения функций органов-мишеней.
- Инвалидность третьей группы устанавливается при артериальной гипертензии 1–3 степени, гипертонической болезни третьей стадии с умеренными нарушениями функций органов-мишеней.
- Инвалидность второй группы устанавливается при артериальной гипертензии 1–3 степени, гипертонической болезни третьей стадии с выраженными нарушениями функций органов-мишеней.
- Инвалидность первой группы устанавливается при артериальной гипертензии 1–3 степени, гипертонической болезни третьей стадии со значительно выраженными нарушениями функций органов-мишеней.
- В приказе №585н не учитываются гипертонические кризы, их тяжесть и кратность.

Нарушения функций кровообращения могут приводить к следующим ограничениям жизнедеятельности

- Нарушения функций кровообращения могут приводить к следующим ограничениям жизнедеятельности:
- При незначительно выраженных нарушениях функций кровообращения сохраняется физическая независимость, мобильность. Ограничения жизнедеятельности отсутствуют.
- Стойкие, умеренно выраженные нарушения функции кровообращения ведут к ограничению жизнедеятельности 1 степени – ограничению способности к самообслуживанию, передвижению, трудовой деятельности.
- Выраженные функциональные нарушения системы кровообращения вызывают ограничения 2 степени в самообслуживании, передвижении.
- Значительно выраженные нарушения функции кровообращения вызывают ограничения 3 степени самообслуживания, передвижения, ориентации, обуславливая ограничения к трудовой деятельности 3 степени. Возможны ограничения в общении и способности контроля своего поведения, а значит, пациенты с указанными нарушениями нуждаются в постоянном постороннем уходе.

Пример реабилитационной диагностики основанный на биопсихосоциальной концепции МКФ:

На первый взгляд три одинаковых пациента после инсульта не могут ходить, но осмотр реабилитационной команды показал, разные причины



Не может ходить из-за
слабости в ноге

Пациент нуждается, главным образом, в **физическом терапевте**



Не может ходить из-за
страха падения

Пациент нуждается, главным образом, в **клиническом психологе**



Не может ходить из-за **не**
удобной обуви

Пациент нуждается, главным образом, в **эрготерапевте**

NB!!! Неврологический статус и данные МРТ у таких пациентов могут быть одинаковыми



Спасибо за внимание!