УДК 614.1:616.127-005.8-036.86 **Подпрядова А.А.**

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

**Медико-социальные аспекты**

**инвалидности пациентов перенесших инфаркт миокарда**

**Резюме.** *У статті проаналізовані медико-соціальні аспекти інфаркту міокарда з урахуванням інвалідності та факторів ризику. Встановлено, що серцево-судинні захворювання займають перше місце в структурі інвалідності. Були виявлені наступні фактори ризику розвитку інфаркту міокарда: вік, гіподинамія, паління, надлишкова вага, гіперхолестеринемія, порушення харчування, психоемоційний стрес.*

**Ключові слова.** *Інвалідність, інфаркт міокарда, фактори ризику.*

**Резюме.** *В статье проанализированы медико-социальные аспекты инфаркта миокарда с учетом инвалидности и факторов риска. Установлено, что сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место в структуре инвалидности. Были определены следующие факторы риска развития инфаркта миокарда: возраст, гиподинамия, курение, избыточный вес, гиперхолестеринемия, нарушение питания, психоэмоциональный стресс.*

**Ключевые слова.** *Инвалидность, инфаркт миокарда, факторы риска.*

**Summery.** *In* *the scientific article were analyzed medical and social aspects of myocardial infarction based on disability and risk factors.* *Сardiovascular diseases occupy first place in structure of invalidity. We identified the following risk factors of myocardial infarction: age, physical inactivity, smoking, overweight, hypercholesterinemia, nutrition disorders, stress.*

**Keywords.** *Disability, myocardial infarction, risk factors.*

По данным Всемирной организации здравоохранения, инфаркт миокарда является одной из самых распространенных причин смертельных случаев в мире. Показатели смертности вследствие инфаркте миокарда более высокие, чем при других сердечно – сосудистых заболеваниях. Согласно статистике, половина людей, перенесших инфарктом, умирает, даже не доехав до больницы, а еще 30% не удается спасти из-за тяжелых осложнений. Но даже в случае положительной динамики в лечении на сердце пациента навсегда остается след поражения, который превращает его в инвалида с ограниченной трудоспособностью и навсегда меняет дальнейшую жизнь. Социальная значимость инфаркта миокарда связана с высокой летальностью, поражением лиц трудоспособного возраста, с необходимостью проведения пожизненного лечения, которое требует больших финансовых затрат.

Инфаркт миокарда (ИМ) – форма коронарной недостаточности - очаговый некроз сердечной мышцы в результате остро возникшего и выраженного дисбаланса между потребностью миокарда в кислороде и субстратах метаболизма в сравнении с их доставкой - одна из самых тяжелых форм ишемической болезни сердца (ИБС). [1]

В начале XX столетия сердечно-сосудистые заболевания – коронарная патология и инфаркт миокарда постепенно становятся одним из самых распространенных заболеваний в странах Европы и центральной Америки, что послужило толчком для развития эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

В настоящее время, в экономически развитых странах, количество больных с коронарной патологией и инфарктом миокарда значительно увеличивается, поражая людей более молодого возраста, что делает проблему диагностики, лечения и профилактики ишемической болезни социально значимой. В возрасте 40 – 50 лет мужчины болеют примерно в 5 раз чаще, в более пожилом возрасте – в 2 – 2,5 раза чаще. Причина более частого возникновения инфаркта миокарда у мужчин заключается, по-видимому, в более раннем и более выраженном развитии у них атеросклероза. У женщин атеросклероз коронарных артерий и инфаркт миокарда возникают на 10 — 15 лет позже, чем у мужчин, что связано с «защитным» действием женских половых гормонов. [1]

Накоплено достаточное количество научных знаний, которые дают возможность развиваться и прогрессировать заболеванию, так называемых факторов риска (ФР).

Доктор Ральф Джадкинс (Hamilton General Hospital, Онтарио, Канада) и его коллеги по проекту INTERHEART утверждают, что большинство исследований факторов риска инфаркта миокарда, проводились в развитых странах, несмотря на то, что не менее 80% регистрируется в странах с низким и средним доходом на душу населения.

Поэтому ученые решили изучить девять факторов риска острого инфаркта миокарда у 15152 больных и 14820 относительно здоровых лиц из группы контроля, охватив 52 страны и каждый населенный континент земного шара. Эти 9 факторов все вместе объясняли 90 % популяционного атрибутивного риска (ПАР) у мужчин и 94 % - у женщин. Причем результаты были одинаковыми во всех географических регионах и этнических группах, среди мужчин и женщин, молодых и пожилых. Вклад курения в ПАР ИМ был самым высоким - до 35.7%, а психосоциальных факторов (стресс на рабочем месте, финансовые сложности, депрессия) – 32.5%. Другими факторами, достоверно повышающими риск развития инфаркта миокарда, были увеличение соотношения: избыточный вес, возраст, условия труда и отдыха, наследственность, гиподинамия. [2]

Существуют девять основных факторов риска (ФР) развития инфаркта миокарда ( ИМ):

–возраст – чем старше становится человек, тем риск возникновения инфаркта у него увеличивается;

–гиподинамия – малоподвижный образ жизни постепенно снижает интенсивность метаболических процессов в организме, способствуя развитию ожирения и других нарушений обмена;

–курение – риск инфаркта миокарда при курении, как активном, так и пассивном, просто вдыхание табачного дыма от курящего человека, увеличивается в 3 и 1,5 раза соответственно;

–избыточный вес – способствует повышению холестерина крови и как следствие ухудшается кровоснабжения сердца;

–гиперхолестеринемия – способствует развитию атеросклеротических бляшек на стенках артерий, в том числе и коронарных;

–нарушение питания – питание с избыточной калорийностью и высоким содержанием животных жиров;

–психоэмоциональный стресс – одна из основных проблем интеллектуально активного населения. Ежедневное эмоциональное напряжение в несколько раз повышает риск развития инфаркта миокарда у людей трудоспособного возраста

–наследственность – наличие болезней сердца у родственников;

–условия труда и отдыха.

Курение. Установлено, что курение увеличивает смертность от инфаркта миокарда на 50 %, причем риск возрастает с увеличением возраста и количества выкуренных сигарет. Курение оказывает очень вредное влияние на сердечно-сосудистую систему человека. Содержащиеся в табачном дыме никотин, угарный газ, бензол, аммиак вызывают тахикардию, артериальную гипертензию. Курение повышает агрегацию тромбоцитов, усиливает выраженность и прогрессирование атеросклеротического процесса, повышает содержание таких веществ в крови, как фибриноген, способствует спазму коронарных артерий. Связь курения с заболеваниями сердца прямо пропорциональна, т. е. чем больше сигарет выкуривается, тем выше риск развития инфаркта миокарда. Рекомендуется рассчитывать так называемый индекс курильщика (ИК): ИК = 12 X К, где N – количество сигарет, выкуриваемых в день. Пассивное курение также способствует повышению смертность от ишемической болезни сердца. В среднем курение укорачивает жизнь на семь лет. [5]

Гиперхолестеринемия. Липиды играют важную роль в процессе функционирования организма. Холестерин и другие липиды являются основой клеточной стенки. Жиры в жировых депо – это незаменимый источник энергии, который необходим для жизнедеятельности органов и тканей. Из холестерина, который синтезируется в печени, образуются желчные кислоты, обязательные для нормального пищеварения. Также из холестерина синтезируются половые гормоны, гормоны коры надпочечников, необходимые для поддержания многих функций организма. Повышенный уровень холестерина сыворотки крови (более 5 ммоль/л, или более 200 мг/дл) всегда ассоциируется с увеличением риска развития инфаркта миокарда. Доказано, что повышение уровня холестерина на 1 % увеличивает риск развития инфаркта миокарда и других сердечно-сосудистых заболеваний на 2–3 %. Установлено, что снижение уровня холестерина в сыворотке крови на 10 % снижает риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, и в том числе от инфаркта миокарда, на 15 %, а при продолжительном лечении – на 25 %. Западно-шотландское исследование показало, что терапия, направленная на снижение уровня липидов, эффективна как первичная профилактика инфаркта миокарда. [3]

Артериальная гипертензия (АД 140/90 и более в любом возрасте) является фактором риска развития инфаркта миокарда. Гипертрофия левого желудочка как следствие гипертонии – независимый сильный прогностический фактор смертности от коронарной болезни.

Ожирение является одним из факторов риска развития инфаркта миокарда. Избыточная масса тела увеличивает нагрузку на сердце. В результате нарушения газового обмена в легких, повышения нагрузки на дыхательную мускулатуру, на мышцы, обеспечивающие сохранение положения тела, происходит увеличение частоты сердечных сокращений в покое, вследствие этого повышается потребность сердца в кислороде и питательных веществах. Кроме того, у людей с повышенной массой тела обычно нарушен обмен жиров, высокий уровень холестерина и других липидов. Среди лиц с ожирением намного чаще наблюдаются артериальная гипертензия, сахарный диабет, которые также являются факторами риска развития инфаркта миокарда. [4]

Наследственность также играет немаловажную роль. Установлено, что раннее развитие инфаркта миокардаа часто встречается, когда у прямых родственников по мужской линии предки перенесли инфаркт миокарда или умерли от внезапного сердечного заболевания до 55 лет, а у прямых родственников по женской линии наблюдался инфаркт миокарда или внезапная сердечная смерть до 65 лет.

Питание с избыточной калорийностью и высоким содержанием животных жиров. Высококалорийное питание и употребление в пищу большого количества животных жиров считается фактором риска развития атеросклероза, и, следовательно, ишемической болезни сердца, в частности, инфаркта миокарда. Питание с избыточной калорийностью приводит к развитию ожирения, которое также является фактором риска развития инфаркта миокарда. [6]

Современные медико – биологические и психофизиологические исследования показывают, что эмоциональный стресс оказывает всестороннее разрушительное влияние на жизнедеятельность организма, подрывает здоровье людей. Эмоциональное напряжение, неумение снимать стресс, хроническая усталость и депрессия – все это ведет к возникновению инфаркта миокарда. [7]

Каждое заболевание вызывает определенные социальные ограничения. Исходя из этого, важным является социальная значимость инфаркта миокарда, которая связана с тем, что заболевание поражает лиц трудоспособного возраста и, в связи с необходимостью проведения пожизненного лечения, требует больших финансовых затрат. Первое время лица, перенесшие инфаркт миокарда, находятся в постоянном страхе повторного инфаркта. Находясь на длительном сроке реабилитации, они часто теряют работу. Возникают проблемы с трудоустройством, из–за этого начинают возникать финансовые трудности и, соответственно, проблемы в семье. Если человек перенес это заболевание в среднем возрасте, то ему очень трудно осознать, что он инвалид и что ему надо переходить на легкую и, как правило, малооплачиваемую работу.

Инвалидность может быть назначена только на основании врачебного заключения о неспособности больного к самообслуживанию. Основное влияние на заключение врачей оказывает неспособность организма больного приспосабливаться к окружающим условиям и снижение его функциональности.

Каждый человек, перенесший инфаркт, проходит курс лечения в стационаре, после чего долгое время продолжает лечиться амбулаторно, одновременно проходя реабилитацию. Общее время нахождения на «больничном» после инфаркта составляет четыре месяца. За это время, используя средства современной фармакологии и различные способы кардиореабилитации, больной стремится восстановить функциональность своего организма, зачастую добиваясь значительного прогресса, даже если сократительная функция сердца существенно снижена.

Только после прохождения курса лечения и реабилитации можно попытаться претендовать на назначение инвалидности. Инвалидность устанавливается Медико-социальной экспертизой (МСЭ), которая руководствуется при этом четкими критериями. Основной задачей МСЭ является установление процента потери человеком возможности трудится по своей профессии.

Именно для восстановления этой возможности и предоставляется такое длительное время на реабилитацию. Поэтому не стоит удивляться тому факту, что далеко не все больные, перенесшие инфаркт, получают группу инвалидности.

Для присвоения инвалидности существуют довольно четкие критерии. Так наиболее распространенная третья группа устанавливается больным, у которых диагностированы умеренные и незначительные функциональные нарушения сердечной деятельности, позволяющие им продолжать заниматься своей деятельностью. Достаточно большое количество больных, которые работают в сфере умственного или легкого труда, успешно пройдя постинфарктную реабилитацию, признаются полностью трудоспособными и инвалидность им не устанавливается.

Вторая группа устанавливается пациентам, которые перенесли инфаркт и шунтирование. Кроме этого она может быть установлена в случае значительных нарушений сердечной деятельности и сердечной недостаточности.

Для установления первой группы пациент должен иметь явные признаки тяжелой сердечной недостаточности и частые стенокардические приступы, которые не поддаются купированию терапевтическими средствами.

По данным ООН, в мире каждый десятый житель планеты — инвалид. Первое место в инвалидизаци занимают болезни сердечно-сосудистой системы, в частности инфаркт миокарда. Создание оптимальных условий для жизнедеятельности, восстановления утраченного контакта с окружающим миром, успешного лечения и последующих коррекций, психолого-педагогической реабилитации, социально-трудовой адаптации и интеграции этих людей в общество — первостепенная государственная задача.

В декларации ООН о правах инвалидов (1975 г.) говорится: «Инвалиды имеют все права на уважение их человеческого достоинства, на образование, профессиональную подготовку, восстановление трудоспособности, на максимальное проявление своих возможностей и способностей, на ускорение процесса их социальной интеграции».

Таким образом, определена медико-социальная значимость инфаркта миокарда в популяции, освещены основные факторы риска возникновения заболевания, обозначены аспекты инвалидности при данной патологии.

Актуальным и перспективным направлением развития медико-социальной помощи больным с инфарктом миокарда является комплексный подход с участием различных специалистов (кардиологов, реабилитологов, кардиохирургов) с учетом профилактики развития осложнений и тем самым снижения уровня инвалидности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гасилин В.С., Сидоренко Б.А. Сердечно – сосудистые заболевания.-3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1999 г. 240 с.
2. Conti C.R. – Amer. Heart. J.,2004, 193 p.
3. Сыркин А.Л. Инфаркт миокарда. – М.: Наука, 2003 г. – 264 с.
4. Липовецкий Б.М. Инфаркт, инсульт, факторы риска. – М.: Наука, 1999 г. 301 с.
5. Чумаков Б.Н. Валеология: Учеб. Пособие. – 2 – е изд. испр. и доп. – М.: Педагогическое общество России, 2000 – 407 с.
6. Абзалова М.Х. Рациональное трудоустройство как метод предупреждения повторного инфаркта миокарда. – М.: ИНФРА – М, 2000 г. – 210 с.
7. Несмелов В.А. Наука о человеке. – М.: «Издательство АСТ», 2003 г. – с.387
8. Руксин В.В. Неотложная кардиология. – 3 – е изд., перераб. и доп. – СПб.: «Невский диалект»; М.: «Издательство БИНОМ», 2000. – 503 с.
9. Амосова Е.Н. Ведение больных, перенесших инфаркт миокарда // Укр. кардіол. журн. – 1998. – № 11. – С. 4-12.