

М.М. Долженко, д.м.н., професор, В.А. Несукай, І.Г. Урузбаєва, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київська міська станція швидкої медичної допомоги та медицини катастроф



М.М. Долженко

Чинники затримки звернення хворих з гострим інфарктом міокарда за медичною допомогою

Відомо, що раннє відновлення коронарного кровотоку в інфарктзалежній артерії у разі гострого інфаркту міокарда (ГІМ) обмежує зону некрозу міокарда, попереджає розвиток дилатації порожнини лівого шлуночка, знижує частоту виникнення фатальних аритмій, відтак підвищує виживаність хворих [1, 2].

Процес повного або часткового відновлення кровотоку в ішемізованій зоні міокарда може відбуватися спонтанно або проводитися штучним шляхом. Штучна реперфузія досягається за допомогою введення тромболітичних препаратів, а також за використання інтервенційних методів [3]. Раннє проведення реvascularизації є вкрай важливим. Наприклад, якщо провести тромболізис протягом «золотої години», шанси зберегти життя хворому складають 65 на 1000, тоді як через 7-12 год – лише 20 на 1000.

Який прогноз у пацієнтів із ГІМ очікується у разі досягнення прохідності інфарктзалежної коронарної артерії протягом 90 хв?

Реvascularизація коронарної артерії досягається у 85% хворих, повна прохідність і, відповідно, кращий клінічний ефект – у 54%. Крім того, реперфузія на рівні тканин спостерігається в 40% випадків, а відсутність реоклюзії до 3-го місяця – менш ніж у 30% пацієнтів. Це показники, до яких ми маємо прагнути, а що відбувається на практиці?

У різних країнах проблема вирішується по-різному. Наприклад, у США невідкладна допомога надається в середньому через 2,5 год від початку ГІМ, причому летальність сягає 12%, черезшкірні втручання проводяться в 35% випадків, тромболізис – у 40%. У державах Європейського Союзу невідкладна допомога надається в середньому через 1 год від початку ГІМ, летальність складає 10%, черезшкірні втручання проводяться в 13% випадків, тромболізис – у 43% [4].

В Україні ситуація дещо інша. У м. Києві невідкладна допомога надається в середньому через 7,5 год від початку ГІМ; ЧКВ, так само як і тромболізис, проводиться менш ніж в 1% випадків. У 2008 р. в структурі загальної смертності смертність від серцево-судинних захворювань становила 63,6%, у 3 рази перевищуючи показники смертності від раку, туберкульозу, інфекційних захворювань і СНІДу, разом узятих [4].

Щороку в Україні реєструється більш ніж 50 тис. випадків інфаркту міокарда, що

в декілька разів менше аналогічних показників у країнах Європи [4]. Зрозуміло, що наведені дані фіксують кількість пацієнтів, які встигли звернутися до лікаря і яким був поставлений правильний діагноз. А скільки людей взагалі не звертається по допомогу або отримує її несвоєчасно? Чому так відбувається? Це питання не тільки до медичної спільноти, це проблема обізнаності громадян України стосовно свого здоров'я.

За 2 міс минулого року (травень – червень) на Київській міській станції швидкої медичної допомоги та медицини катастроф (КМСШМДМК) було зареєстровано 508 карт із зазначенням гострого коронарного синдрому (ГКС).

Після виключення повторних виїздів та виїздів із недостовірним діагнозом ГІМ залишилося 357 хворих. З них 5 пацієнтів відмовилися від госпіталізації і були вилучені з подальшого аналізу. Решта – 352 хворих – це 210 чоловіків віком від 27 до 96 років (середній вік 62,4±5,8 року) та 142 жінки віком від 38 до 90 років (середній вік 70,3±8,4 року). Для подальшого аналізу були відібрані хворі, у яких за картами виїздів вдалося визначити час від початку захворювання до звернення за медичною допомогою, а також час від початку захворювання до госпіталізації. Ця група включала 158 осіб, з них 102 чоловіки віком від 37 до 96 років (середній вік 61,8±6,3 року) та 56 жінок віком від 38 до 90 років (середній вік 70,6±8,1 року).

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою електронних таблиць Excel 2007. Гіпотезу про вірогідність різниці значень показників у групах перевірили за допомогою непараметричного критерію Колмогорова-Смірнова.

Час від звернення хворих з ГІМ до госпіталізації представлено на графіку (рис. 1).

У період до 3 год від моменту першого звернення пацієнта за медичною допомогою було госпіталізовано 86,1% хворих, до 6 год – 96,8% хворих з ГІМ. Випадки госпіталізації більш ніж через 6 год від першого звернення за медичною допомогою спричинені такими обставинами: відмовою хворих від госпіталізації під час першого звернення за медичною допомогою (3 випадки, у т. ч. 1 – госпіталізації через добу від моменту першого звернення); пізня динаміка графіки ЕКГ (1 випадок); недостатня кваліфікація медичного працівника (1 випадок). Один випадок госпіталізації протягом 15 хв з моменту звернення за медичною допомогою пояснюється появою больового синдрому у хворого, який у той момент знаходився поруч із лікарнею, куди самостійно звернувся за медичною допомогою.

З подальшого аналізу часу госпіталізації залежно від місця першого звернення за медичною допомогою вилучені випадки пізньої госпіталізації, пов'язані з відмовою від

госпіталізації під час першого контакту з медичним працівником.

Госпіталізація решти 155 хворих від моменту першого звернення за медичною допомогою залежно від місця звернення за медичною допомогою представлена на діаграмі (рис. 2).

Середній час від першого звернення за медичною допомогою до госпіталізації наведено в таблиці 1.

Показник	На станцію ШД* n=113	На пункт НМД** n=20	Поліклініка n=19
	1	2	3
Час звернення (хв)	124,7±78,6	200,3±190,1 (p 1,2=0,006)	123,6±34,5 (p 1,3=0,022; p 2,3>0,05)

Примітки: *ШД – швидка допомога; **НМД – невідкладна медична допомога.

Причина	Відсоток
Незначний біль	23,1%
Схожий біль спостерігався раніше	14,1%
Самолікування (намагалися зняти біль наявними вдома медикаментами)	24,4%
Недооцінка серйозності стану	33,3%
Некритичне ставлення, пов'язане з віковими змінами або прогресуючою деменцією	5,1%

Різниця в часі від моменту звернення хворого за медичною допомогою на КМСШМДМК чи на пункти невідкладної медичної допомоги (НМД) до моменту госпіталізації пояснюється тим, що у випадку звернення на пункт НМД у разі ГІМ обов'язково викликається для госпіталізації бригада КМСШМДМК. Натомість, якщо пацієнт звертається на станцію КМСШМДМК, на виклик виїздить спеціалізована бригада; таким чином, відсутня двоетапність у роботі служби. У разі первинного направлення на виклик бригади загального профілю двоетапність спостерігалася в 70-80% випадків. Завдяки оснащенню більшості бригад загального профілю КМСШМДМК електрокардіографами та дефібриляторами госпіталізація хворих у стані середньої важкості зі стабільною гемодинамікою проводиться тією ж бригадою, що діагностувала ГІМ. І кількість таких випадків щомісяця збільшується.

Таким чином, госпіталізація хворих на ГІМ у м. Києві в середньому відбувається через 133±99 хв від моменту звернення за медичною допомогою. За даними КМСШМДМК, у період до 3 год від початку захворювання в останні роки госпіталізується 30-32% пацієнтів з ГІМ. За даними стаціонарів, у часові рамки до 6 год з моменту захворювання госпіталізується лише четверта частина таких хворих. Ця розбіжність пояснюється тим, що працівники швидкої допомоги враховують усіх хворих із ГКС, хоча в частині з доставлених у стаціонар не розвивається ГІМ, а поява змін на ЕКГ розцінюється як прояв нестабільної стенокардії. У той же час частина пацієнтів з нестабільною стенокардією потрапляє спочатку в кардіологічні відділення, де в них у динаміці верифікують діагноз ГІМ. І хоча ці хворі госпіталізовані своєчасно, проте в профільне інфарктне відділення вони потрапляють із затримкою.

Не краща ситуація і в регіонах. Так, за даними міської клінічної лікарні № 3 м. Одеси, у період до 6 год від моменту захворювання госпіталізується лише 22% пацієнтів з ГІМ [5].

Для виявлення причин пізньої госпіталізації хворих на ГІМ проведено аналіз термінів першого звернення за медичною допомогою від

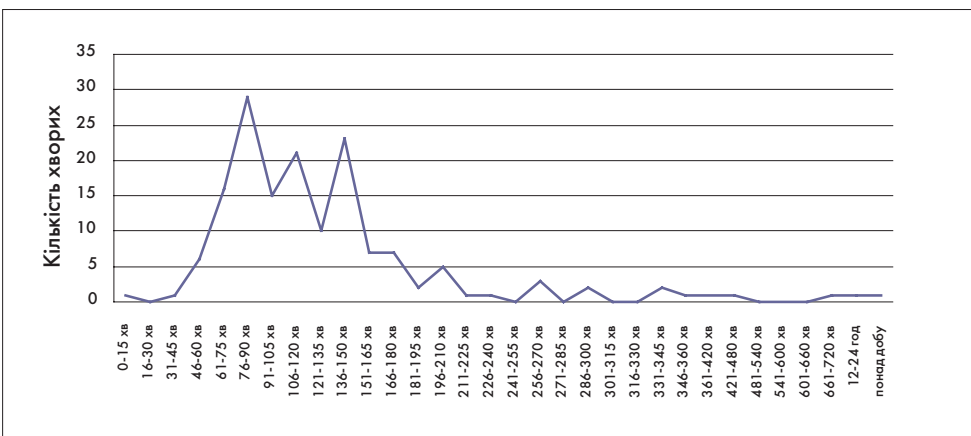


Рис. 1. Час від звернення за медичною допомогою хворих з ГІМ до госпіталізації

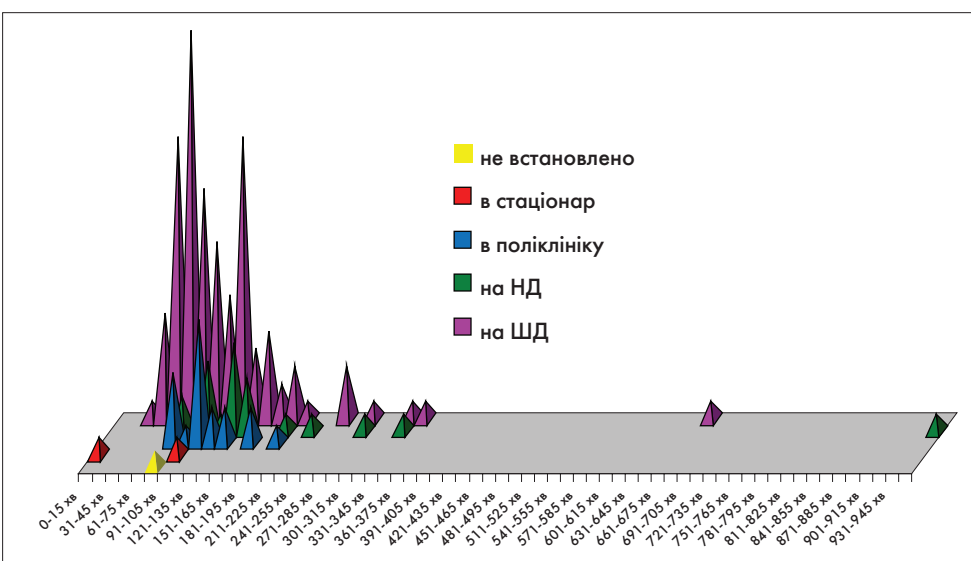


Рис. 2. Залежність госпіталізації хворих з ГІМ від місця першого звернення за медичною допомогою

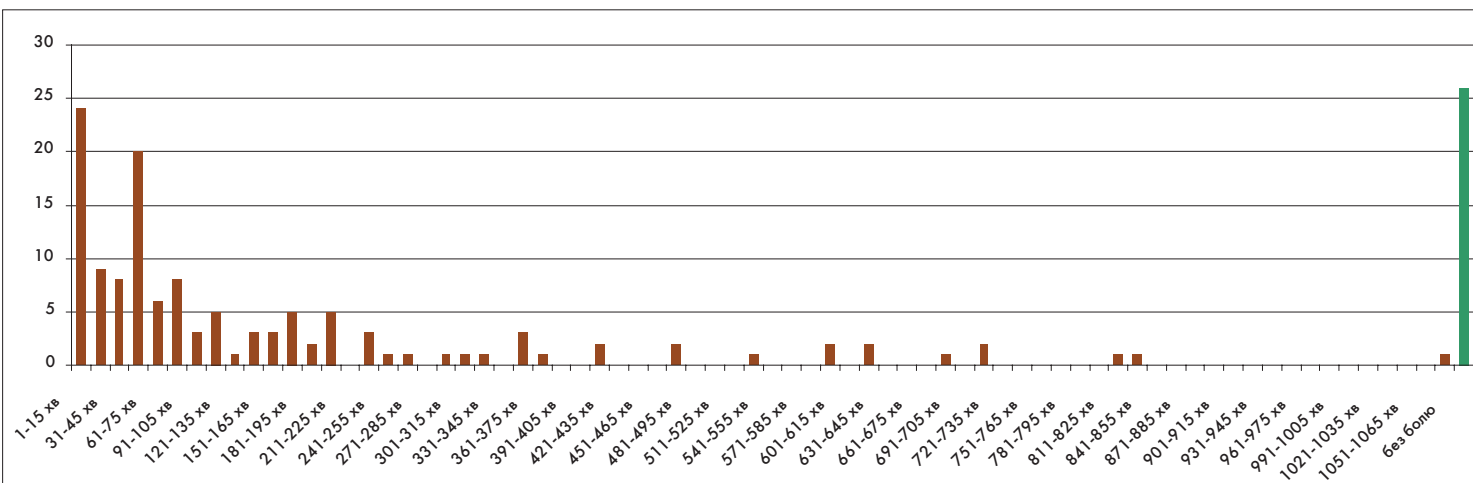


Рис. 3. Строки від захворювання до звернення за медичною допомогою хворих на ГІМ

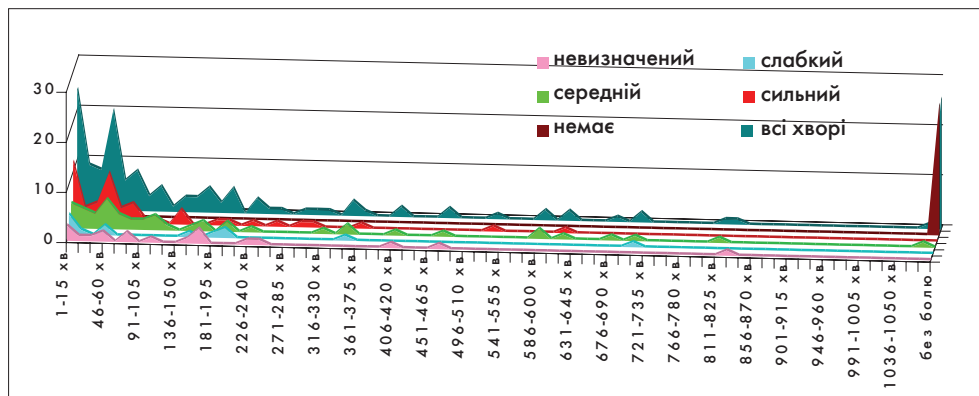


Рис. 4. Залежність часу звернення за медичною допомогою від активності больового синдрому у хворих з ГІМ

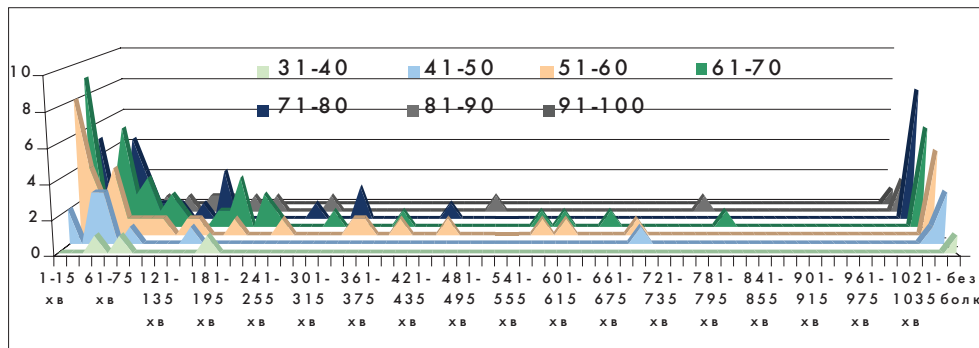


Рис. 5. Залежність часу звернення за медичною допомогою хворих з ГІМ від їх віку

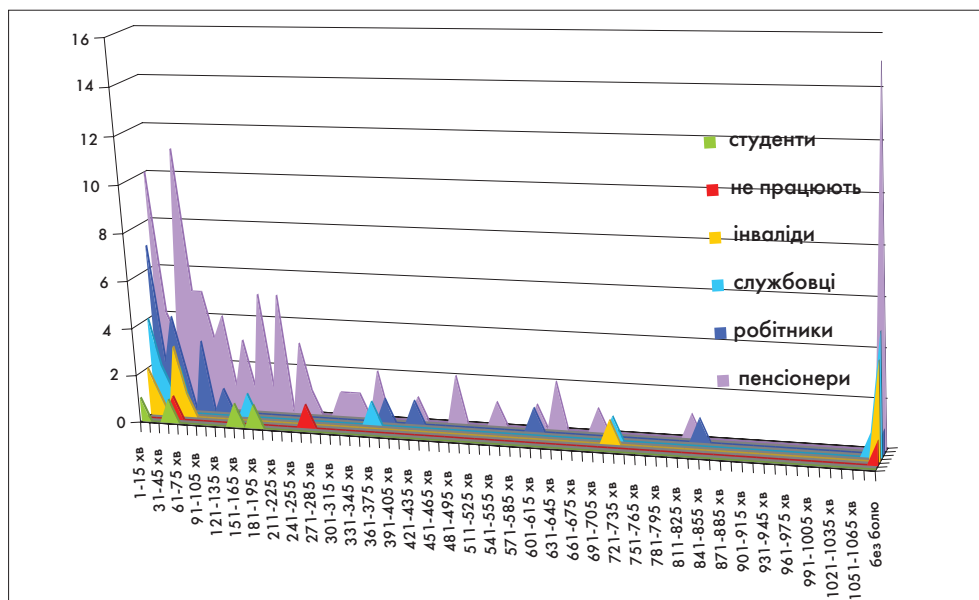


Рис. 6. Залежність часу звернення за медичною допомогою хворих з ГІМ від їх соціального стану

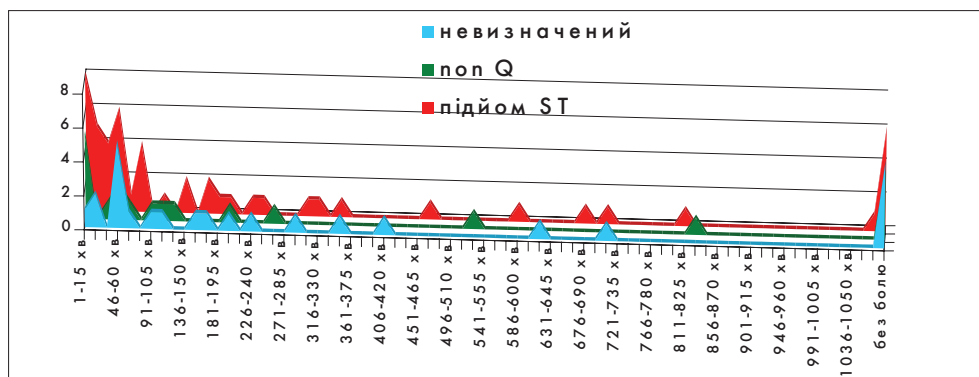


Рис. 7. Залежність часу звернення за медичною допомогою від виду ГІМ

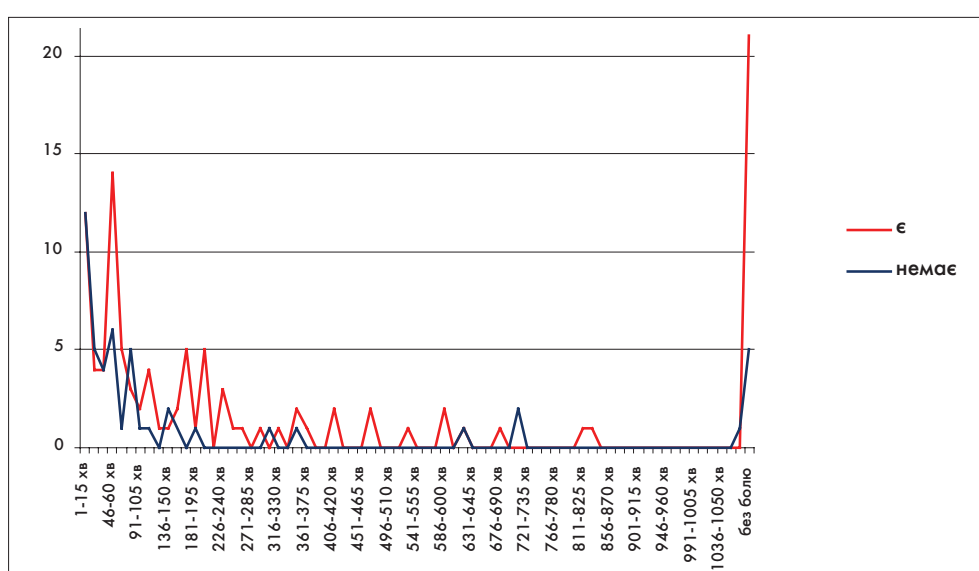


Рис. 8. Строки звернення за медичною допомогою залежно від наявності в анамнезі ІХС

моменту захворювання. Отримані дані представлені на графіку (рис. 3).

Не виявлено залежності між часом звернення за медичною допомогою від початку

захворювання і статтю (161 ± 227 хв для чоловіків і 154 ± 161 хв для жінок), активністю больового синдрому (рис. 4), віком хворих (рис. 5), їх соціальним станом (рис. 6), видом ГІМ (рис. 7).

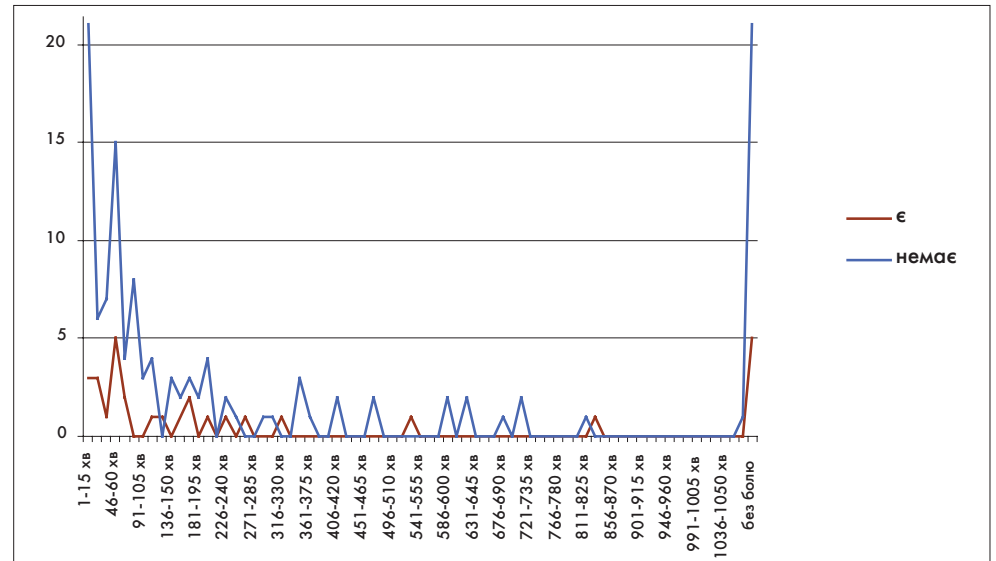


Рис. 9. Строки звернення за медичною допомогою залежно від наявності в анамнезі перенесеного ГІМ

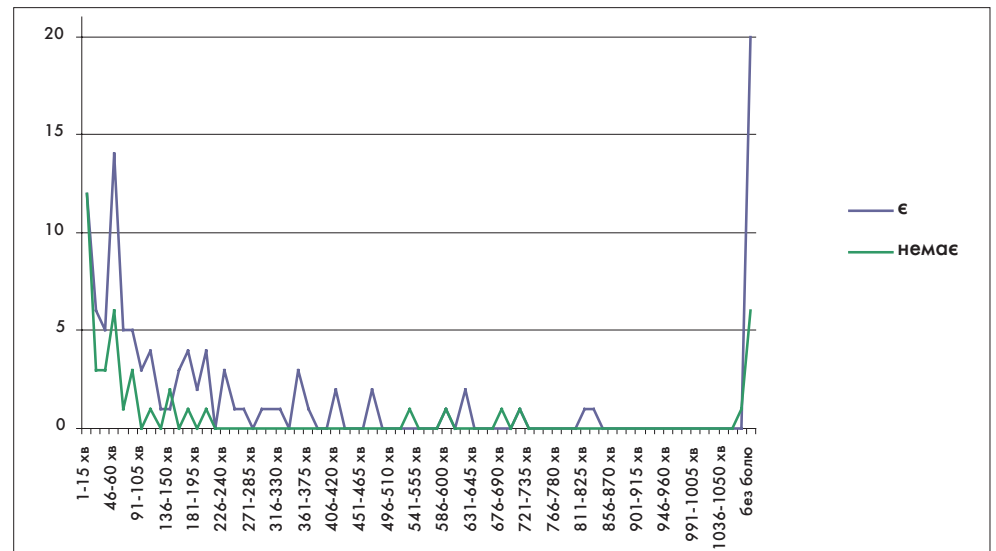


Рис. 10. Строки звернення за медичною допомогою залежно від наявності в анамнезі ГХ

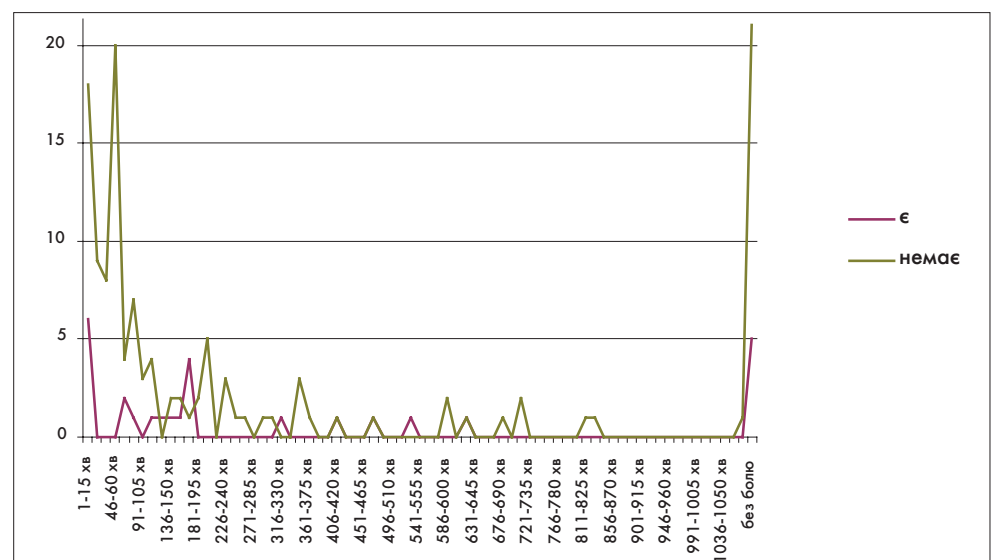


Рис. 11. Строки звернення за медичною допомогою залежно від наявності в анамнезі цукрового діабету

Так само не виявлено залежності від часу звернення за медичною допомогою і наявності в анамнезі ішемічної хвороби серця (рис. 8), перенесеного інфаркту міокарда (рис. 9), гіпертонічної хвороби (рис. 10), цукрового діабету (рис. 11).

Причини зволікання звернення за медичною допомогою визначали за допомогою опитувальника (табл. 2).

Висновки

1. У термін до 3 год від моменту першого звернення за медичною допомогою було госпіталізовано 86,1% пацієнтів з ГІМ, до 6 год – 96,8%. За даними КМСШМДМК, у період до 3 год від початку захворювання було госпіталізовано лише 30-32% хворих на ГІМ; за даними стаціонарів – 25% (унаслідок затримки переведення пацієнтів із нестабільною стенокардією до профільного інфарктного відділення).

2. Оснащення більшістю бригад загального профілю КМСШМДМК електрокардіографами та дефібриляторами запобігає двоетапності в роботі служби і приводить до ранньої госпіталізації хворих у стані середньої важкості зі стабільною гемодинамікою.

3. Не виявлено залежності між часом звернення за медичною допомогою від початку захворювання і статтю, активністю больового

синдрому, віком хворих, їх соціальним станом та типом ГІМ.

4. Не виявлено залежності від часу звернення за медичною допомогою і наявності в анамнезі ішемічної хвороби серця, перенесеного інфаркту міокарда, гіпертонічної хвороби, цукрового діабету.

5. Необхідно проводити доступні освітні заходи для громадян, направлені на модифікацію ставлення до стану здоров'я, профілактику серцево-судинної патології, обізнаність щодо основних ознак кардіоваскулярних захворювань тощо.

Література

- Expert consensus document. Universal definition of myocardial infarction. K. Thygesen, J.S. Alpert and H.D. White on behalf of the Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Redefinition of Myocardial Infarction // European Heart Journal (2007) 28, 2525-2538.
- Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology // European Heart Journal (2007) 28, 1598-1660.
- Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation. The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology: // European Heart Journal (2008) 29, 2909-2945.
- Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу. За ред. Коваленка В.М. та Корнацького В.М. – К., 2008. – 146 с.
- Голобородько Б.И. Госпитальний тромболізис: от теорії к практичному примененню // Практична ангіологія. – 2008. – № 3. – С. 7.