© З.Ф. Ким, А.А. Подольская, 2013
УДК 614.2(470.41-25):616.1-082

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ЗУЛЬФИЯ ФАРИТОВНА КИМ, канд. мед. наук, доцент кафедры внутренних болезней № 2

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, зав. кардиологическим отделением № 1 ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани, Россия, e-mail: profz@yandex.ru

АЛЛА АНАТОЛЬЕВНА ПОДОЛЬСКАЯ, канд. мед. наук, доцент кафедры внутренних болезней № 2

ГБОУ ДПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Реферат. Снижение летальности от сердечно-сосудистой патологии — приоритетная задача здравоохранения, затрагивающая не только вопросы разработки новых лечебных и диагностических подходов к данной патологии, но и оптимизацию организации помощи на различных этапах ее оказания. Актуальным является проблема преемственности между различным уровнем организации медицинской помощи (скорая помощь, стационар неотложной кардиологии, высокотехнологичный стационар, реабилитация). В данной статье освещены наиболее актуальные организационные аспекты оказания неотложной помощи с острым коронарным синдромом. Авторами проанализирована частота повторных госпитализаций пациентов с ишемической болезнью сердца. По результатам проведенного анкетирования среди госпитализированных пациентов выявлены причины поздних обращений за квалифицированной медицинской помощью. Оценена степень информированности больных о характере, течении и прогнозе заболевания. В связи с тем, что эффективность проводимой терапии во многом зависит от приверженности пациента к лечению, его понимания сущности заболевания, необходимых профилактических мероприятий предложены возможные направления ее повышения.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, острый инфаркт миокарда, стенокардия напряжения.

SOME ASPECTS OF THE ORGANIZATION EMERGENCY CARDIAC CARE

ZULFIA F. KIM, candidate of medical sciences, associate Professor of the Department of internal diseases № 2,

Kazan State Medical University, head of Department of cardiology № 1 of the GAUSE «City clinical hospital № 7»,

e-mail: profz@yandex.ru

ALLA A. PODOLSKAYA, candidate of medical sciences, associate Professor of the Department of internal diseases № 2,

Kazan State Medical University

Abstract. Reduction in mortality from cardiovascular disease — a priority health issues affecting not only the development of new therapeutic and diagnostic approaches to this disease, but also by optimizing the organization of the various stages of care. Relevant is the issue of continuity between the various levels of medical care (ambulance, hospital emergency cardiology, high-tech hospital, rehabilitation). This article highlights the most relevant organizational aspects of emergency care for acute coronary syndrome. The authors analyzed the frequency of readmissions of patients with coronary heart disease. According to the results of the questionnaire survey among hospitalized patients, the causes of delays in seeking professional medical advice. The degree of awareness of patients about the nature, course and prognosis of the disease. Due to the fact that the effectiveness of the therapy depends on the patient's adherence to treatment, his understanding of the nature of the disease, the necessary preventive measures suggested possible ways to improve it.

Key words: acute coronary syndrome, acute myocardial infarction, angina pectoris.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС), несмотря на реальные крупные достижения в изучении ее патогенеза и лечения, остается проблемой № 1 почти для всех развитых стран мира. В России 48,5% смертности от сердечно-сосудистых заболеваний приходится на случаи, обусловленные ИБС [1, 4].

Одним из наиболее частых urgentных проявлений ИБС является острый коронарный синдром (ОКС), под которым в настоящее время понимают любую группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию [2]. Значение ОКС в формировании структуры заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистой патологии неоднократно оценивалось в исследованиях. Смертность и развитие нефатального

инфаркта миокарда в течение 6 мес после развития ОКС составляет 10,2% [3].

В настоящее время в Российской Федерации принята следующая модель оказания медицинской помощи больным ОКС (согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов, 2011):

1. Амбулаторно-поликлиническое учреждение.
2. Бригада «скорой помощи».
3. Кардиореанимация, экстренная КАГ.
4. Кардиологическое отделение.
5. Реабилитация.

Целью данного исследования является анализ деятельности и разработка основных направлений совершенствования организации кардиологической помощи больным ОКС в отделении кардиологии № 1

ГАУЗ ГБСМП № 1 г. Казани (реорганизованная в ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани).

Исследование было проведено в два этапа. На первом этапе проанализирована деятельность кардиологического отделения № 1 за 2011—2012 гг.

На втором этапе было проведено анкетирование 100 больных ИБС, госпитализированных в отделение кардиологии ГАУЗ «Клиническая городская больница № 7» г. Казани в январе-феврале 2013 г.

Анализ структуры заболеваний системы кровообращения госпитализированных в отделение в 2012 г. пациентов показал, ОКС является основной причиной для госпитализации — 95,06% (табл. 1). У 51,12% ОКС трансформировался в острый инфаркт миокарда, тогда как у 43,88% — в стабильную стенокардию напряжения. При этом летальность от инфаркта миокарда достигла 15,56% (общая летальность по отделению — 8,72).

Сравнительный анализ структуры заболеваний больных демонстрирует увеличение числа нарушений ритма и коллаптоидных состояний, а также нарушений ритма и проводимости, сопровождающих приступ стенокардии. По локализации инфаркта миокарда

превалирует поражение передней стенки левого желудочка (78%), далее — задней (32%), циркулярной (14%) и боковой (1,5%). Наблюдается также увеличение числа госпитализированных больных гипертонической болезнью с 2 до 7%, кардиомиопатией с 0,5 до 2,2%. На последнем месте стоит практически на равных вегетососудистая дистония (0,2%) и хроническая ревматическая болезнь сердца (0,1%).

Демографические характеристики пациентов с ОКС в 2012 г. представлены на рис. 2, 3. Из представленных рис. 1 и 2 видно, что 50% заболевания приходится на возраст 50—69 лет, 29% — 70—79 лет, 14% — 80—89 лет, 8% — 40—49 лет, от 0 до 29 лет зарегистрирован минимальный процент. Женщин, страдающих ОКС, чуть больше, чем мужчин (54% против 46%).

Среднегодовая занятость койки в кардиологическом отделении существенно превышала рекомендуемые нормативы. В 2011 г. уровень данного показателя составлял 485,1 дня, а в 2012 г. — 361,9 дня (табл. 2). За счет увеличения числа коек в 2012 г. удалось избежать существенного увеличения среднегодовой занятости кардиологической койки и значительно сократить оборот койки: с 46,9 в 2011 г. до 33,2 в 2012 г.

Таблица 1

Нозологический состав пациентов в 2012 г.

Нозологическая группа	Число больных (абс. число)	Уд. вес, %	Средний койко-день	Летальность, %
Болезни системы кровообращения — всего	2099	100	10,9	8,5
Нестабильная стенокардия	921	43,88	10,61	—
Инфаркт миокарда	1073	51,12	10,68	15,56% (167 чел.)
Кардиомиопатии	28	1,33	8,64	0,33% (7 чел.)
Гипертоническая болезнь	54	2,57	9,65	—
Артериальные гипертензии	—	—	—	—
Вегетососудистая дистония	9	0,43	6,11	—
Хроническая ревматическая болезнь сердца, неактивная фаза, в том числе постревматические пороки сердца	2	0,09	13,37	—
Неревматические пороки сердца	—	—	—	—
Цереброваскулярные болезни	—	—	—	—
Другие болезни	11	0,52	7,3	2 (0,09%)

Рис. 1. Распределение пациентов с ОКС по возрасту

Рис. 2. Распределение пациентов с ОКС по полу

Таблица 2
Анализ использования коек отделения

Показатель	2011 г.	2012 г.
Число коек	С февраля 2011 г. — 49	74
Средняя занятость койки в году	485,1	361,9
Оборот койки	46,9	33,2
Средний койко-день	10,3	10,9
Летальность, %	11,7	8,5

Все пациенты с ИБС в 2011 г. были госпитализированы в кардиологическое отделение по экстренным показаниям: скорой помощью 2323 пациента, по на-

правлению из поликлиники 702 пациента, без направления (самообращение) 262 пациента (рис. 3).

С начала года по ноябрь 2012 г. скорой помощью было выполнено 13 981 вызов. Мы проанализировали поступления по скорой помощи в 2012 г. Совпадение диагнозов в 2012 г. увеличилось на 0,20% по сравнению с 2011 г., также уменьшилось расхождение диагнозов скорой помощи с клиническими диагнозами.

Одной из важных проблем на сегодня является высокая летальность среди больных ОКС. Увеличилась досуточная летальность от ОИМ у мужчин в 2011 г. с 4,64 до 5,41% в 2012 г.; у женщин в 2011 г. с 4,87 до 5,28% в 2012 г. Большее количество летальных исходов в возрасте от 60 до 79 лет было у мужчин (табл. 3).

Рис. 3. Распределение пациентов отделения

Таблица 3
Демографический анализ летальности пациентов

Показатель	2011 г.		2012 г.	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
Число умерших	87 (из 712)	117 (из 863)	99 (из 887)	84 (из 1029)
Летальность, %	13,09	13,56	11,16	8,16
Летальность от ИМ, %	11,38	13,21	17,08	12,75
Досуточная летальность от ОИМ, %	4,64 (33 чел.)	4,87 (42 чел.)	5,41 (48 чел.)	5,28 (46 чел.)
До 20 лет	—	—	—	—
20—29 лет	—	—	—	—
30—39 лет	—	1	—	—
40—49 лет	5	3	6	—
50—59 лет	14	5	20	2
60—69 лет	18	18	22	14
70—79 лет	33	45	35	36
80 и старше	15	41	13	31
90 и старше	2	4	3	1

Рассматривая зависимость исхода заболевания от давности развития болевого синдрома, мы увидели, что впервые 6 ч приступа за квалифицированной помощью обратилось 24%, летальность в этом периоде оказалась 2%. В первые 12 ч за помощью обратились до 5%, летальность в этом периоде оказалась 0,5%. В течение первых суток от начала заболевания за помощью обратились 13%, летальность в этом периоде составила 5%. Летальность пациентов, обратившихся за помощью позже суток (79%), составила 8% (рис. 4).

При выявлении зависимости исхода заболевания от давности болевого синдрома оказалось, что самый плохой прогноз для пациентов, обратившихся за квалифицированной медицинской помощью на поздних сроках заболевания. Наибольшее количество летальных исходов наступило у пациентов, которые поступили позже 24 ч от начала болевого синдрома.

Таким образом, исход заболевания напрямую зависит от времени обращения, т.е. при позднем обращении риск возникновения осложнений и риск летальных исходов увеличивается.

При анализе деятельности отделения в 2012 г. выявлено и 26 случаев повторных госпитализаций

больных ИБС, основные причины которых приведены в табл. 4.

Учитывая, выявленные особенности поведения пациентов — позднее обращение за медицинской помощью, предполагаемое несоблюдение предписаний врача, мы попытались выяснить, насколько пациенты проинформированы о течении заболевания.

Из общего числа анкетированных мужчины составили 46%, женщины — 54%. Как и следовало ожидать, большинство анкетированных достигли пожилого возраста (50% заболеваний приходится на возраст 50—69 лет, 29% — 70—79 лет, 14% — 80—89 лет, 8% — 40—49 лет, от 0 до 29 лет зарегистрирован минимальный процент).

Из числа опрошенных сразу после ангинозного приступа за медицинской помощью обратился 41 человек, в течение дня — 21 человек, позже суток — 10, в течение недели — 6, более одной недели — 22 пациента (рис. 5).

Среди причин позднего обращения 7% указали на семейные обстоятельства, 4% — на отсутствие свободного времени, 6% — некоторое облегчение болей, 2% приступу не придали значения, 23% пациента надеялись, что пройдет (рис. 6).

Рис. 4. Зависимость исхода заболевания от давности развития болевого синдрома

Таблица 4

Анализ случаев повторной госпитализации пациентов

Период поступления больных	Абс. число	%	Основной диагноз (по нозологическим формам)
Число больных, вновь поступивших в стационар в течение месяца	3	0,14	ИБС. Прогрессирующая стенокардия
Число больных, вновь поступивших в стационар в течение 3 мес	10	0,48	Ранняя постинфарктная стенокардия
Число больных, вновь поступивших в стационар в течение 6 мес	13	0,62	Персистирующая форма нарушения ритма

Рис. 5. Сроки обращения больных ИБС за медицинской помощью (по результатам анкетирования)

Рис. 6. Причины позднего обращения за медицинской помощью больных ИБС (по результатам анкетирования)

Настораживает тот факт, что треть пациентов (31%) не придали должного значения приступу стенокардии, тогда как приступ носил характер «классического» ангинозного приступа. Мы предположили отсутствие элементарных знаний о связи болей за грудиной с возможным развитием инфаркта миокарда и даже летального исхода.

Наши предположения, к сожалению, подтвердились — 24% пациентов ничего не знали о признаках ИБС и принципах оказания первой доврачебной помощи, 21% пациентов лишь частично владели какой-либо информацией.

Подобная малоутешительная ситуация касается не только лиц с первыми признаками ИБС, но и пациентов, длительно ею страдающих. Так, о необходимости

соблюдения диеты и модификации образа жизни как методе вторичной профилактики вообще не знали 20%, а 17% пациентов были частично информированы.

В этой же категории лиц рекомендованные участковым терапевтом препараты не принимает 15% пациентов. Применение предписанных врачом лекарственных средств ограничивает дороговизна препарата (37%), сомнения в компетентности участкового терапевта (5%), опасения развития побочных эффектов (9%), отсутствие препарата в списке льготного обеспечения (4%).

Выводы:

1. Изучение состава больных ОКС по полу и возрасту показал, что в основном подлежали госпитализации лица пожилого и старческого возраста. Из общего числа больных мужчины и женщины соста-

вили практически равную долю. Больше количество летальных исходов было в возрасте от 60 до 79 лет у больных мужского пола.

2. В качестве основных причин повторной госпитализации выявилось несоблюдение режима приема препаратов и тяжелое течение заболевания, отказ пациентов от приема ряда препаратов и игнорирование немедикаментозных мероприятий.

3. При выявлении зависимости исхода заболевания от давности болевого синдрома оказалось, что самый плохой прогноз у пациентов, обратившихся за квалифицированной медицинской помощью на поздних сроках заболевания. Наибольшее количество летальных исходов наступило у пациентов, которые поступили позже 24 ч от начала болевого синдрома. Таким образом, прогноз заболевания напрямую зависит от времени обращения, т.е. увеличивается риск развития осложнений и летального исхода. В связи с открытием Центра чрескожных коронарных вмешательств ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» мы ожидаем значительного улучшения прогноза у больных ОКС и снижения летальности.

4. На этапе амбулаторно-поликлинической помощи необходимо усиление или расширение санитарно-просветительной работы, повышение грамотности и настороженности пациентов относительно боли в груди, в идеале — вплоть до обучения навыкам сердечно-легочной реанимации.

5. Необходимо проведение разъяснительной работы с населением, в частности, создания школ здоровья по ИБС не только с целью оптимизации взаимодействия пациента с врачом, но и возможного снижения распространенности ИБС, а также предотвращения развития фатальных инфарктов миокарда и снижения летальности.

© Р.Х. Каримов, Д.О. Исмагилов, 2013

УДК 616.8-001(470.41)

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕЙРОТРАВМ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

РАВИЛЬ ХАШИМОВИЧ КАРИМОВ, канд. мед. наук, зав. нейрохирургическим отделением ГАУЗ «ГКБ № 7» г. Казани, Россия, тел. +7-987-296-31-35, e-mail: ravilkarimov@gmail.com

ДАМИР ОЛЬФАТОВИЧ ИСМАГИЛОВ, врач-нейрохирург ГАУЗ «ГКБ № 7» г. Казани, Россия тел. +7-927-433-28-11, e-mail: meg1205@mail.ru

Реферат. Цель — изучение распространенности нейротравмы в РТ, ее исходов и эффективности лечения с целью определения приоритетных направлений по оптимизации организации медицинской помощи в регионе при этой патологии. Приведены статистические сведения о заболеваемости и смертности, связанные с нейротравмой в Республике Татарстан. Результаты изложены в соответствии с кодами МКБ-10 по данным выборки из базы данных Фонда обязательного медицинского страхования за 2008 и 2009 гг. Учтены обращения за медицинской помощью, госпитализации, летальные случаи. Установлено, что количество амбулаторно или стационарно пролеченных пациентов с травмами головы составило 55 234 человек, с частотой, равной 1 465,6 на 100 000 населения. Распространенность острых травм головы (без их последствий) была равной 1 343,2; травм мягких тканей головы — 587,4 на 100 000 населения. Черепно-мозговую травму получили 23 354 человека, включая умерших, с распространенностью 619,6 случая, а различные клинические формы последствий травм головы по обращаемости в лечебные учреждения составили 154,4 случая на 100 000 населения. Частота госпитализаций по всему контингенту травм головы равнялась 339,6 на 100 000 человек, госпитальная летальность — 2,6%. Смертность населения от травм головы составила 31,1 случая на 1 000 000 населения. В соответствии с выбранными кодами МКБ-10 установлено 2 784 случая острой травмы позвоночника и спинного мозга в республике. В 45 случаях ПСМП закончились летальным исходом, среди них 20 случаев (44%) — на догоспитальном этапе. Частота нейротравмы среди жителей РТ и связанная с ней смертность имеют значительные резервы для их снижения при сравнении с результатами в других странах.

Ключевые слова: травмы головы, МКБ-10, смертность от травм головы, позвоночно-спинно-мозговые повреждения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абина, Е.А.* Динамика распространенности ишемической болезни сердца и основных факторов риска / Е.А. Абина, О.И. Волож, Э.И. Солодкая [и др.] // Кардиология. — 2007. — № 6. — С.13—18
2. *Галаявич, А.С.* Диагностика и лечение инфаркта миокарда без подъема сегмента ST на ЭКГ / А.С. Галаявич. — Казань: ИД МЕДДок, 2012. — 20 с.
3. *Димов, А.С.* К обоснованию системного подхода в превенции внезапной смерти как возможного пути решения проблемы сверхсмертности в России (обзор). Часть I. Кардиоваскулярные аспекты сверхсмертности в России: анализ ситуации и возможности профилактики / А.С. Димов, Н.А. Максимов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2013. — № 12 (2). — С.98—104.
4. *Чазов, Е.И.* Пути снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний / Е.И. Чазов // Терапевтический архив. — 2008. — № 8. — С.11—18.

REFERENCES

1. *Abina, E.A.* Dinamika rasprostranennosti ishemicheskoi bolezni serdca i osnovnykh faktorov riska / E.A. Abina, O.I. Volozh, E.I. Solodkaya [I dr.] // Kardiologiya. — 2007. — № 6. — S.13—18
2. *Galyavich, A.S.* Diagnostika i lechenie infarkta miokarda bez pod'ema segmenta ST na EKG / A.S. Galyavich. — Kazan': ID MEDDok, 2012. — 20 s.
3. *Dimov, A.S.* K obosnovaniyu sistemnogo podhoda v prevencii vnezapnoi smerti kak vozmozhnogo puti resheniya problemy sverhsmernosti v Rossii (obzor). CHast' I. Kardiovaskulyarnye aspekty sverhsmernosti v Rossii: analiz situacii i vozmozhnosti profilaktiki / A.S. Dimov, N.A. Maksimov // Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. — 2013. — № 12 (2). — S.98—104
4. *Chazov, E.I.* Puti snizheniya smernosti ot serdechno-sosudistyh zabolevanii / E.I. Chazov // Terapevticheskii arhiv. — 2008. — № 8. — S.11—18.