

Холкин И.В.^{1,2}, Хусаинова Д.Ф.¹, Соколова Л.А.¹, Аникин Е.В.^{1,2}

Пути совершенствования оказания скорой медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом в г.Екатеринбурге

1 - кафедра скорой медицинской помощи ГОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития РФ, г. Екатеринбург; 2 - МУ «Станция скорой медицинской помощи имени В.Ф.Капиноса», г.Екатеринбург

Kholkin I.V., Khusainova D.F., Sokolova L.A., Anikin E.V.

Ways of improving rendering emergency medical aid to patients with acute coronary syndrome in Ekaterinburg

Резюме

Острый коронарный синдром (ОКС) – одна из патологий, наиболее часто встречающихся в практике врача скорой медицинской помощи. Объем, адекватность неотложной помощи и тактика на догоспитальном этапе, в значительной степени определяют прогноз заболевания. Проведено ретроспективное исследование больных с ОКС, обратившихся за помощью в скорую медицинскую службу за 2007, 2008, 2009 годы. Диагностировано ОКС у 44,7%, 42,4%, 43,8% соответственно в динамике. Кардиологическими бригадами, имеющими возможность проведения тромболитической терапии на догоспитальном этапе, обслужено 37% больных с ОКС, преимущественно первично (80-96,9%). Возросло количество пациентов, получивших тромболитическую терапию на догоспитальном этапе: 1,73%, 3%, 6,89% соответственно с 2007 по 2009 гг, так же чаще стали использовать клексан (24%, 29,1%, 37,1%), более активно назначается аспирин (кардиомагнил) 46,4%, 56,7%, 93,8% в динамике. В условиях растущей обращаемости за скорой медицинской помощью (СМП) и увеличением времени ожидания обслуживания и времени, затраченного на госпитализацию догоспитальный тромболитиз является методом выбора в лечении больных с ОКС с подъемом ST. Для наиболее полного «охвата» коронарных больных специализированной кардиологической помощью необходимо увеличение количества бригад СМП.
Ключевые слова: острый коронарный синдром, догоспитальный этап скорой медицинской помощи

Summary

Acute coronary syndrome (ACS) - one of the pathologies most frequently encountered in the practice of physician medical emergencies. Volume, the adequacy of emergency and the tactics of pre-hospital, largely determine the prognosis of the disease. A retrospective study of patients with ACS, seeking help in emergency medical service for 2007, 2008, 2009. ACS was diagnosed in 44.7%, 42.4%, 43.8%, respectively, in the dynamics. Cardiology teams that are capable of thrombolytic therapy in prehospital, served 37% of patients with ACS, predominantly primary (80-96.9%). Increased the number of patients receiving thrombolytic therapy in pre-hospital phase: 1.73%, 3%, 6.89%, respectively, from 2007 to 2009, as more began to use Clexane (24%, 29.1%, 37.1%) more actively assigned to aspirin (cardiomagnil) 46.4%, 56.7%, 93.8% in the dynamics. With the growing uptake of ambulance services and increase the waiting time of service and time spent in the hospitalization of prehospital thrombolysis is the treatment of choice in treating patients with ACS with the rise of ST. For the most complete 'coverage' of coronary patients with specialized cardiac care need to increase the number of teams emergency aid.

Key words: acute coronary syndrome, prehospital stage emergency aid

Введение

В качестве «рабочего» диагноза острый коронарный синдром (ОКС) как нельзя лучше подходит для первого контакта пациента и врача на догоспитальном этапе [2]. Актуальность создания взвешенных и тщательно обоснованных рекомендаций для врачей скорой медицинской помощи (СМП) по лечению ОКС во многом вызвана распространенностью данной патологии (в РФ число вызо-

вов ежесуточно по поводу ОКС составляет 9000-25000) [1]. Объем, адекватность неотложной помощи и тактика в первые минуты и часы заболевания, т. е. на догоспитальном этапе, в значительной степени определяют прогноз заболевания [3].

Цель исследования – определить пути совершенствования оказания скорой медицинской помощи при остром коронарном синдроме в г.Екатеринбурге.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное исследование больных с ОКС, обратившихся за помощью в скорую медицинскую службу, проанализированных по следующим параметрам в динамике за 2007, 2008, 2009 годы: количество пациентов с болями в грудной клетке, больные с ОКС с подъемом и без подъема сегмента ST, догоспитальная летальность, количество госпитализированных больных, ЛПУ в которые доставлены больные с ОКС, ожидание обслуживания вызова, затраченное время на госпитализацию, антитромботическая терапия на догоспитальном этапе.

Диагноз ОКС врачами СМП ставился на основании жалоб, анамнеза, данных объективного осмотра и изменений на ЭКГ.

Значимость частоты выявления признака в группах оценивалась с помощью критерия χ^2 (программа Statistica for Windows 6.0).

Результаты и обсуждение

Обращаемость в МУ «СМП» г.Екатеринбурга по поводу болей в грудной клетке уменьшается - 34454, 32528 и 32144 вызовов в динамике за 3 года. Из данной группы врачами СМП диагностирован ОКС у 44,7%, 42,4%, 43,8% соответственно в 2007, 2008, 2009 годах. Структура вызовов СМП с диагнозом ОКС так же имеет тенденцию к снижению 4,4%, 4%, 3,9% в динамике. В исследуемой группе подъем сегмента ST обнаружен у 18,5%, с достоверным снижением количества больных в динамике. Пациенты с ОКС без подъема сегмента ST (81,5%) так же достоверно уменьшались в динамике по годам. В 4 раза чаще встречается ОКС без подъема сегмента ST. Кардиологическими бригадами, имеющими возможность проведения тромболитической терапии на догоспитальном этапе, обслужено 37% больных с ОКС, преимущественно первично (80-96,9%) (табл.1).

Догоспитальная летальность при данной патологии не изменилась и составила 3,1%, 3,6%, 3,1% в динамике, из них до прибытия бригады - 2,3%, 2,8%, 2,4% и в при-

сутствии бригады - 0,8%, 0,7%, 0,7%.

Произошло уменьшение числа госпитализированных больных с ОИМ - 2165, 2080, 1877 в динамике с 2007 по 2009 гг. Больные ИМ г.Екатеринбурга бригадами СМП госпитализируются в специализированные стационары, оснащенные интервенционными технологиями: в Уральский институт кардиологии - 54,8%, 60%, 69,1% и в МО «Новая больница» - 21,4%, 16,7%, 23,5%. Единичные случаи в другие больницы, что обусловлено удаленностью вызова и тяжестью состояния больного.

Один из важнейших показателей оперативности работы - время ожидания обслуживания бригадой СМП, увеличилось у больных с ОКС в динамике - 19,69 мин., 21,71 мин., 21,71 мин. в связи с ухудшением пропускной способностью улиц города, из-за возросшего количества автотранспорта. Затраченное время на госпитализацию так же возросло с 17,28, 17,88 до 18,12 мин.

В настоящее время на этапе СМП широко используется тромболитическая терапия при ОКС. Тромболитизис проводился врачами кардиологических бригад СМП тканевым рекомбинантным активатором плазминогена - тенектеплазой (метализе). На каждого больного заполнялся опросный лист для определения критериев включения/исключения. При наличии хотя бы одного критерия исключения тромболитизис не проводился. Возросло количество пациентов, получивших тромболитическую терапию на догоспитальном этапе: 1,73%, 3%, 6,89% соответственно с 2007 по 2009 гг, так же чаще стали использовать клексан (24%, 29,1%, 37,1%), более активно назначается аспирин (кардиомагнил) 46,4%, 56,7%, 93,8% в динамике. Раннее начало антитромботической терапии в дальнейшем уменьшало госпитальную летальность - 11,7%, 11,5%, 9,6% в динамике (данные Уральского института кардиологии) и 10,7%, 10,7%, 10,2% в динамике (данные МО «Новая больница») (рис.1).

Расхождение диагнозов СМП и стационара - гипердиагностика (4,5%-7%) ОКС в основном с такими заболеваниями как гипертоническая болезнь и хроническая ишемическая болезнь сердца. Гиподиагностика по дан-

Таблица 1. Анализ обращаемости за СМП больных с ОКС в динамике

Год исследования		2007 год	2008 год	2009 год
Обслужено всего вызовов		349369	340741	353721
ОКС всего по СМП		15378 (4,4%)	13780 (4%)	14065 (3,9%)
Из них:	ОКС без подъема сегмента ST	12492*,***	11102	11613
	ОКС с подъемом сегмента ST	2886*,***	2336	2452
Обслужено больных ОКС кардибригадами		5814 (37,8%)	5386 (39,1%)	5265 (37,4%)
Из них:	ОКС без подъема сегмента ST:	4267*,**,***	3914	3938
	Из них первично:	4118 (96,5%)	3784 (96,7%)	3817 (96,9%)
	ОКС с подъемом сегмента ST	1547*,**,***	1472	1327
	Из них первично:	1239 (80,1%)	1258 (85,5%)	1106 (83,3%)

Примечание: * - p 2007-2008г. \leq 0,05, ** - p 2008-2009г. \leq 0,05, *** - p 2007-2009г. \leq 0,05.

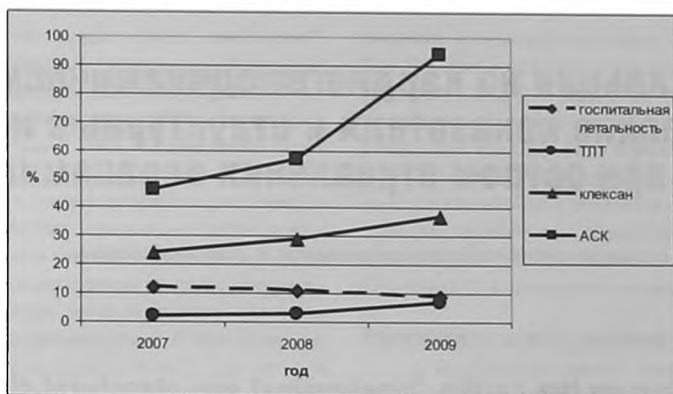


Рис. 1. Частота госпитальной летальности в зависимости от проведенной тромболитической терапии на догоспитальном этапе СМП.

ным Уральского института кардиологии 20,1% (доставлено с диагнозом нестабильная стенокардия, выписан с инфарктом миокарда), данное явление объяснимо тем, что больным с ОКС без подъема ST бригадами СМП выставляется диагноз нестабильной стенокардии, а после проведения коронарографии клинический диагноз звучит, как острый инфаркт миокарда без подъема сегмента ST. Данные по остальным ЛПУ варьируют от 4% до 10,3% (диагноз ставится, в основном, исходя из клиники и изменений на ЭКГ, нередко, без лабораторного и, тем более, инвазивного подтверждения). Гипердиагностика ОКС на догоспитальном СМП чаще встречается у молодых врачей и может быть оправдана, так как позволяет доставить пациента в профильный стационар для достоверного подтверждения или исключения острого инфаркта миокарда и не пропустить острую коронарную катастрофу.

Выводы

В условиях постоянной обращаемости в МУ «ССМП» и повышения загруженности автомагистралей (увеличение времени ожидания обслуживания и времени, затраченного на госпитализацию) догоспитальный тромболитизис является методом выбора в лечении больных с ОКС с подъемом ST. Прямая зависимость снижения летальности от ранней антитромботической терапии даёт основания для внесения рекомендации по приёму аспирина при жалобах на боль в груди на этапе приёма вызова диспетчером «03» (планируется введение консультативного круглосуточно поста).

Для наиболее полного «охвата» коронарных больных специализированной кардиологической помощью необходимо увеличение количества бригад СМП (в том числе кардиологических) и соблюдение профильности направления бригад. Для максимального приближения специализированной помощи к населению в МУ «ССМП» передислоцированы бригады отделения анестезиологии и реаниматологии №1 на районные подстанции. ■

Холкин И.В., ассистент кафедры скорой медицинской помощи ГОУ ВПО УГМА Минздрава России, заведующий отделением анестезиологии и реанимации №1 МУ «Станция скорой медицинской помощи имени В.Ф.Капиноса», г.Екатеринбург; Хусаинова Д.Ф., к.м.н., доцент кафедры скорой медицинской помощи ГОУ ВПО УГМА Минздрава России, г.Екатеринбург; Соколова Л.А., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой скорой медицинской помощи ГОУ ВПО УГМА Минздрава России, г.Екатеринбург; Аникин Е.В., ассистент кафедры скорой медицинской помощи ГОУ ВПО УГМА Минздрава России, врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии и реанимации №1 МУ «Станция скорой медицинской помощи имени В.Ф.Капиноса», г.Екатеринбург; Автор, ответственный за ведение переписки - Хусаинова Диляра Феатовна, 620109 г. Екатеринбург, ул. Репина 3, ГОУ ВПО УГМА Минздрава России, кафедра СМП, Тел. 8-904-54-334-74, e-mail: husainovad@mail.ru

Литература:

1. Терещенко С.Н., Жиров И.В. Основы лечения острого коронарного синдрома на догоспитальном этапе. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2009; (3): 81-6.
2. Antonucci D., De Luca G., Dudek D., et al. Acute MI: confusion with new trials or clear data? European Heart Journal 2008; (10): J1-25.
3. ESC Guidelines. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation. European Heart Journal 2008; 29:99-46.
4. Janda S.P., Tan N. "Thrombolysis versus primary percutaneous coronary intervention for ST elevation myocardial infarctions at Chilliwack General Hospital". The Canadian journal of cardiology 2009; - 25 (1Pt I): 382-4.