

А.О. Шек, М.А. Шипилова, В.И. Белокриницкий
АНАЛИЗ ДЕФЕКТОВ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА
МИОКАРДА

Кафедра скорой медицинской помощи
Уральский Государственный Медицинский Университет
Екатеринбург, Российская Федерация

A.O. Shek, M.A. Shipilova, V.I. Belokrinitsky
DEFECT ANALYSIS IN THE DIAGNOSIS OF ACUTE MYOCARDIAL
INFARCTION

Department of emergency medical service
Ural State Medical University
Ekaterinburg, Russian Federation

E-mail: asyachrn@mail.ru

Аннотация: В статье представлен анализ дефектов, допущенных при диагностике острого инфаркта миокарда медицинскими работниками станции скорой медицинской помощи г. Екатеринбурга

Annotation: The article presents an analysis of the defects in the diagnosis of acute myocardial infarction medical workers ambulance station.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, скорая помощь, дефект.

Keywords: acute myocardial infarction, emergency, defect.

Острый коронарный синдром (ОКС) с подъемом ST (острый инфаркт миокарда) (ОИМ)– это неотложное клиническое состояние, вызванное окклюзией или субтотальным некрозом коронарной артерии, и, если восстановления перфузии не происходит, то развивается некроз миокарда, дисфункция пораженного участка, аритмия [4]. Он входит в перечень заболеваний и состояний, при которых наиболее часто встречаются диагностические и тактические ошибки [5]. Поэтому необходимо точное выяснение жалоб и коронарного анамнеза с детализацией последнего приступа, а так же проведение в ходе осмотра измерения ЧД, ЧСС, АД, дефицита пульса, ЭКГ, пульсоксиметрии и определение наличия или отсутствия возможных осложнений [4].

Немаловажное значение имеет и проведение дифференциальной диагностики острого инфаркта миокарда с некоторыми другими некоронарогенными патологиями, такими как остеохондроз шейного и грудного отделов позвоночника, межреберная невралгия, ГЭРБ, ахалазия кардии, язвенная болезнь желудка и пр. «Золотым стандартом» диагностики на догоспитальном этапе является ЭКГ- картина, позволяющая поставить диагноз ОКС с подъемом ST на фоне имеющихся клинических проявлений, и тем

самым избежать гипер- или гиподиагностики, выбрать правильную тактику для спасения жизнь больного [2].

ОКС возможно отнести к сомнительному случаю, когда диагноз не ясен. Это так называемая кризисная ситуация, которая обладает повышенным риском возникновения лечебно-диагностических и тактических ошибок, и требующая от медперсонала напряжения, быстрого реагирования, предельной концентрации внимания и глубоких профессиональных знаний [5].

Цель исследования – проанализировать причины дефектов в лечебно-диагностическом процессе, приведших к организации неправильной тактики ведения пациента на догоспитальном этапе.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на материалах, взятых из карт вызовов бригад скорой медицинской помощи на базе МБУ ССМП им. В.Ф. Капиноса. Отобрано 43 случая, ранее рассмотренных на лечебно-экспертной комиссии (ЛЭК). Диагноз ОКС с подъемом ST был верифицирован в них при госпитализации в стационар, а также с помощью автоматизированной консультативной системы «Неотложная кардиология», разработанной д.м.н., профессором В. П. Дитятевым и к.м.н. Г. П. Кириенко, что позволило объективизировать дефекты в постановке диагноза.

При анализе карт необходимо было выявить наличие недостатков в выяснении жалоб, анамнеза, объективных данных, в съемке, оформлении и интерпретации ЭКГ, в постановке диагноза (гипо- и гипердиагностике), в лечении и тактике. Обработку данных проводили в программном пакете Microsoft Office Excel 2007.

Результаты исследования и их обсуждение

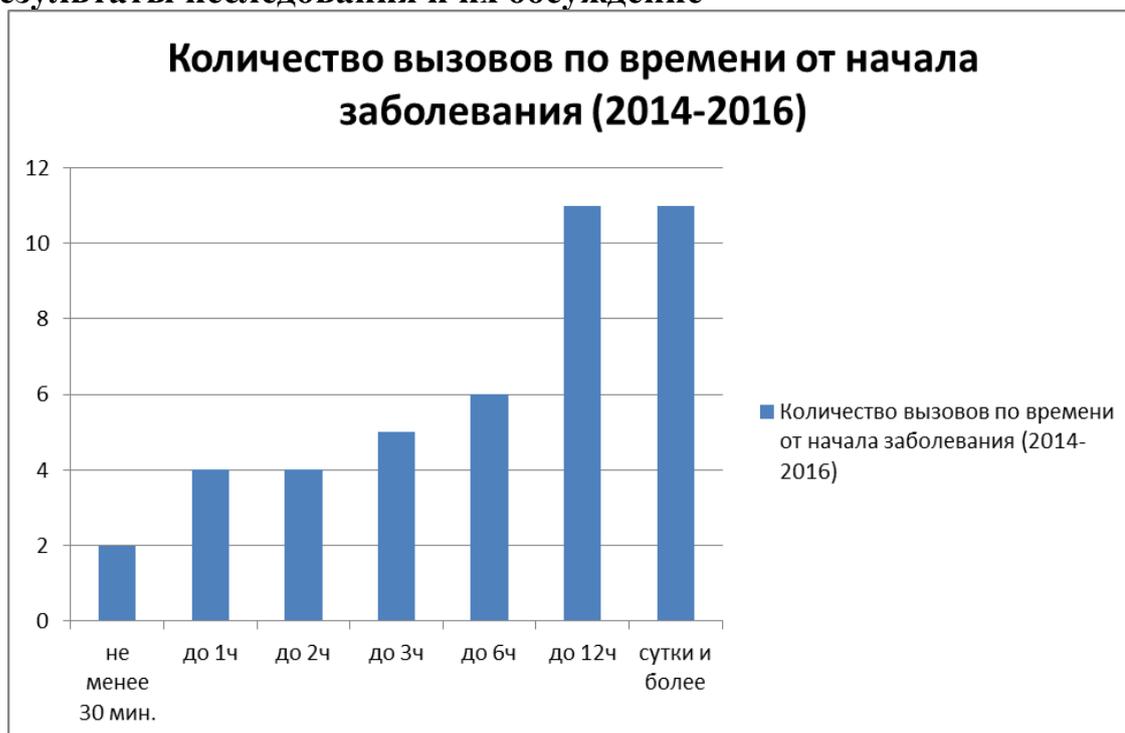


Рис. Распределение больных по длительности болевого приступа

В ходе исследования была отмечена тенденция к увеличению дефектов диагностики острого инфаркта миокарда при большей длительности болевого приступа, что видно на рисунке 1. Максимальные трудности возникают тогда, когда длительность болевого приступа превышает 12 часов, так как для острого инфаркта миокарда характерны более сжатые сроки развития картины заболевания, что затрудняет дифференциальную диагностику с некоронарогенной патологией.

Кроме того, исследуемые в статье категории дефектов, также имели свою закономерность. Преимущество имели те, которые были связаны с описанием и диагностикой изменений на ЭКГ-картине (табл. 1). Исследуя карты вызовов, мы выяснили, что дефекты ЭКГ-заключения почти во всех случаях приводили к дефектам дифференциальной диагностики, тактики, лечения, постановки диагноза. Характерные признаки для данной нозологии, такие как патологический зубец Q и уменьшение амплитуды зубца R или комплекс QS и исчезновение зубца R, подъем сегмента ST выше изолинии или его депрессия, коронарный или отрицательный зубец T – все это позволяет нам заподозрить наличие острого коронарного синдрома. При анализе карт вызовов мы отметили, что некоторые врачи не обращают внимания на незначительный подъем сегмента ST. Возможно, доктора полагаются на рекомендации всероссийского научного общества кардиологов, в которых на стр. 20 говорится о том, что в диагностике ИМ значение имеет подъем ST от 2 мм и более в двух смежных отведениях [6]. На догоспитальном этапе диагноз острого инфаркта миокарда (или ОКС с подъёмом ST), ставится на основании клинической картины и изменений ЭКГ. Косвенным признаком ОИМ, не позволяющим определить фазу и глубину процесса, может быть остро возникающая блокада ножек пучка Гиса, разумеется, при соответствующей клинической картине [2].

Неадекватная оценка ЭКГ сводит шансы постановки верного диагноза к минимуму, поэтому основной дефект заключается в гиподиагностике. Случаев гипердиагностики при исследовании медицинской документации выявлено не было (табл. 1).

Таблица

Общее количество дефектов различных категорий
Всего случаев-43

Вид дефекта	Количество	Процент
Дефект заключения ЭКГ (в т.ч. его отсутствие)	25	58
Неправильный диагноз (гиподиагностика)	24	56
Неадекватная терапия	21	49
Дефект сбора анамнеза	15	35

Дефект сбора жалоб	16	37
Неправильная тактика	12	28
Отсутствие дифференциальной диагностики	12	28
Нет ЭКГ-обследования (в т.ч. плохо снятая ЭКГ)	3	7
Неправильный диагноз (гипердиагностика)	1	2
Объективные данные	0	0
Всего случаев	43	100

Недостоверный диагноз является причиной ошибок в тактике и алгоритме лечения. В то же время нужно иметь в виду, что принятие правильного тактического решения в условиях оказания скорой помощи в значительно меньшей степени, чем процесс диагностики, зависит от таких факторов, как отсутствие всеобъемлющей информации по данному заболеванию или трудности сбора анамнеза [1].

Дефектов в сборе жалоб, анамнеза, объективных данных и дифференциальной диагностике меньше по сравнению с другими, но тоже имеются в достаточном количестве (табл. 1). При болевом варианте ОИМ диагностическим значением обладают интенсивность болевого синдрома (если аналогичные боли возникали и раньше, при ОИМ они особенно интенсивные), продолжительность (необычно длительный приступ, сохраняющийся более 15 – 20 минут), неэффективность сублингвального приёма нитратов. Необходимо помнить, что при ОИМ кроме болевого существуют и другие клинические варианты. Поэтому отсутствие убедительной клинической картины не есть доказательство отсутствия ОИМ [2]. Дифференцировать его на догоспитальном этапе с другими нозологиями обязательно, так как нередко к постановке правильного диагноза можно прийти только методом исключения.

Выводы:

1. Анализ дефектов в диагностике острого инфаркта миокарда показал, что большинство ошибок возникает при описании, интерпретации и выявления изменений на ЭКГ-картине, без учета клинических проявлений.

2. Диагноз ОКС с подъемом ST, у грамотного врача, как правило, не вызывает трудностей.

3. Диагностируя кардиалгии различного генеза, проведение диффдиагностики с ИБС обязательно. Опираясь только на длительность болевого приступа, локальную болезненность - недопустимо.

4. Пути уменьшения этих дефектов видятся в постоянном совершенствовании знаний врача и более качественном контроле со стороны заведующих подстанциями.

Литература

*I Международная (71 Всероссийская) научно-практическая конференция
«Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения»*

1. Анализ и экспертная оценка методических ошибок на догоспитальном этапе: методические рекомендации // В. А. Фиалко, И. Б. Пушкарев, А. В. Бушуев, Ф. Д. Ваисов. – Екатеринбург: ГБОУ ВПО УГМА, 2012. – 45 с.

2. Применение электрокардиографии в диагностике острой коронарной недостаточности в условиях скорой медицинской помощи: учебное пособие для врачей, фельдшеров службы скорой медицинской помощи, студентов медицинских учебных заведений // В. И. Белокриницкий. – Екатеринбург: ГОУ ВПО УГМА, 2006. – 88с.

3. В.И.Белокриницкий, В.А Фиалко Анализ причин ошибок в диагностике острой коронарной недостаточности.// Журнал «Уральское медицинское обозрение», г.Екатеринбург, 1999г., 49-56 с.

4. Территориальный стандарт оказания скорой медицинской помощи населению Свердловской области: клиничко-тактические алгоритмы, приложения // В. П. Попов, О. В. Колясников, И. А. Мокшина [и др.]. – Екатеринбург: МБУ ССМП г. Екатеринбурга, 2008. – 122 с.

5. Фиалко В. А. Тактика в лечебно-диагностической работе выездных бригад СМП: учебное пособие / И. Б. Пушкарев. – Екатеринбург: ГОУ ВПО УГМА, 2011. - 45с.

6. Диагностика и лечение больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST ЭКГ: российские рекомендации.// Всероссийское научное общество кардиологов.- Москва, 2007г.,20-21с.