ІНШІ ГАЛУЗІ МЕДИЦИНИ

РЕАЛІЇ РЕАЛІЗАЦІЇ СТАНДАРТІВ ІНВАЗИВНОЇ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ ВІНЦЕВИХ СУДИН ПРИ ГОСТРОМУ КОРОНАРНОМУ СИНДРОМІ

Маслій Б. Я.
м. Тернопіль, КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»

Згідно з уніфікованим клінічним протоколом рекомендований час для оптимальної реалізації інвазивного підходу при гострому коронарному синдромі (ГКС) з елевацією сегменту ST (STEMI) складає 120 хв від реєстрації ЕКГ з відповідними змінами на тлі симптомів ГКС. Однак в реальній клінічній практиці витримати рекомендовані часові інтервали вдається не завжди.

Мета: проаналізувати часові інтервали реалізації стандартів інвазивної реваскуляризації вінцевих судин при ГКС та виявити фактори, що на них впливають .

Матеріали та методи. Проаналізовано історії хвороби 205 пацієнтів, госпіталізованих в реперфузійний центр з ГКС, з яких 84 (група 1) отримували консервативне лікування, тоді як 121 (група 2) – інтервенційну реваскуляризацію.

Результати. У нашому дослідженні середній час «симптом–двері» склав без достовірної різниці в 1-й та 2-й групах, відповідно, (31,90 ± 4,34) та (23,27 ± 4,28) год. У межах двогодинного інтервалу було шпиталізовано лише 29 пацієнтів з 121 (24,0 %). Для порівняння, хворих 1-ї групи в аналогічному часовому інтервалі було 12 з 84 (14,3 %, $p = 0{,}088$). Оскільки виконання коронарного втручання при STEMI допустиме в межах 24 год, а при гострому коронарному синдромі без елевації сегменту ST (NSTEMI) від 2 до 72 год, проаналізовано терміни госпіталізації, а також причини її затримки в усіх досліджуваних.

В першу добу ГКС шпиталізовано 89 (73,6 %) пацієнтів 2-ї групи (1-ша група, відповідно, 51 (60,7 %), $p = 0{,}051$). Аналіз пізньої госпіталізації показав, що найчастіше (21,5 %) причиною затримки на догоспітальному етапі були самі пацієнти, які не завжди правильно оцінювали симптоми, займались самолікуванням або очікували, що стан невдовзі поліпшиться та зволікали зі зверненням за медичною допомогою. Серед інших причин запізнілої госпіталізації, які вдалося з'ясувати в процесі аналізу первинної документації, була хибна тактика лікарів екстреної медичної допомоги (7,4 %) або лікарів загальної практики сімейної медицини (5,0 %), складність інтерпретації атипових симптомів захворювання (4 %), первинна госпіталізація в заклад без катетеризаційної лабораторії з ангіографом (8,3 %). Причинами внутрішньогоспітальної затримки до проведення інвазивного лікування виявились такі чинники, як виникнення ускладнення у вигляді набряку легень (3,3 %), який надалі удалось тамувати і провести втручання, відсутність типових змін на ЕКГ (4,1 %). Однією з провідних причин внутрішньогоспітальної затримки були недоліки менеджменту ГКС, оскільки у 26,4 % випадків на момент госпіталізації не було отримано згоди на інвазивне коронароангіографічне втручання від пацієнта або родичів. Таким чином, власне лише 24 % пацієнтів були доправлені у стаціонар у межах допустимого часового вікна – 120 хвилин.

Реалізація коронарного інтервенційного втручання в умовах клініки («двері-балон») становила в середньому (4,83 ± 1,19) годин. Лише 11 пацієнтам із 121 (9,1 %) коронароангіографія виконана в межах 30 хв від поступлення. Левову частку затримки з інвазивним втручанням, як вказано вище, займало отримання згоди на втручання. Крім цього, часто затримки мали місце через порушення логістики маршруту пацієнта (доставка пацієнта бригадою екстреної медичної допомоги у районні лікувальні заклади, де не виконуються інвазивні втручання, а не безпосередньо в обласний реперфузійний центр, або затримки через очікування результатів лабораторних даних.

Висновки. Результати інвазивного лікування ГКС тісно пов'язані зі швидкістю реваскуляризації інфаркт-залежної судини, яка, за нашими даними, виявилася неоптимальною в основному у зв'язку з факторами догоспітального етапу. Тобто, швидкість реагування пацієнта і первинної ланки медичної допомоги має не менше значення, як майстерність (швидкість реалізації втручання) хірурга, оскільки завданням є не тільки відновлення кровотоку, але й збереження функціонального міокарда.