

УДК 616: 379

ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ОТ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ЕЕ СНИЖЕНИЯ

А. А. ГАРГАНЕЕВА, С. А. ОКРУГИН, К. Н. БОРЕЛЬ, Е. В. ЕФИМОВА

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт кардиологии» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, отделение амбулаторной и профилактической кардиологии, Томск, Россия

Цель. Динамический анализ случаев догоспитальной летальности от острого инфаркта миокарда в Томске за 27-летний период наблюдения и разработка рекомендаций по уменьшению летальности.

Материалы и методы. Проанализированы 6 076 случаев гибели больных от острого инфаркта миокарда на догоспитальном этапе, зарегистрированных в ходе проведения исследования по программе ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда» за период с 1984 по 2010 год.

Результаты. Показано, что за анализируемый период уровень догоспитальной летальности практически не изменился. В течение всего 27-летнего периода наблюдений данный показатель был выше у мужчин и у больных моложе 60 лет. В подавляющем большинстве случаев смерть от инфаркта миокарда на догоспитальном этапе была внезапной, что значительно снижало эффективность деятельности существующей в городе системы медицинской помощи больным с острой коронарной патологией.

Заключение. Наиболее эффективными в плане снижения догоспитальной летальности являются мероприятия, связанные с обязательной и полноценной диспансеризацией пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями с целью проведения эффективной вторичной профилактики ИБС и острого инфаркта миокарда, а также выявления лиц высокого риска в отношении внезапной сердечной смерти.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, догоспитальная летальность.

PREHOSPITAL MORTALITY RATE FROM ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND POSSIBLE WAYS TO REDUCE

A. A. GARGANEEVA, S. A. OKRUGIN, K. N. BOREL, E. V. EFIMOVA

Outpatient and Preventive Cardiology Department, Federal State Budgetary Institution «Research Institute for Cardiology» under the Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences, Tomsk, Russia

Purpose. The aim is to analyze the occurrence of pre-hospital mortality from acute myocardial infarction in Tomsk in 27-years of observation and to develop recommendations for reducing mortality.

Materials and methods. The results of the analysis of 6 076 cases of deaths from acute myocardial infarction in the prehospital setting, registered in the course of research on the WHO program «Register of acute myocardial infarction» in the period from 1984 to 2010.

Results. It is shown that during the analyzed period of time the level of pre-hospital mortality did not change. Throughout the 27-year observation period, the figure was higher in men and in patients younger than 60 years. In the vast majority of deaths from myocardial infarction in the prehospital setting was sudden, significantly reduced the efficiency of the current system in the medical care of patients with acute coronary disease.

Conclusion. The most effective in reducing prehospital mortality associated with the event are mandatory and full prophylactic medical examination of patients with cardiovascular disease, in order to conduct an effective secondary prevention of coronary heart disease and acute myocardial infarction, and also to identify individuals at high risk for sudden cardiac death.

Key words: acute myocardial infarction, prehospital mortality.

Введение

Летальность от острого инфаркта миокарда (ОИМ) относится к числу важнейших эпидемиологических показателей, поскольку объективно отражает организацию, эффективность и качество оказания медицинской помощи больным ИБС. Результаты первых

эпидемиологических исследований, выполненных по программе «Регистр ОИМ» еще в 70-е годы, показали, что общая годовая летальность при ОИМ в среднем составляла 33–68 % [6, 17]. В структуре общей летальности госпитальная занимает лишь небольшую часть (12–17 %) [10, 14], в связи с чем, по

мнению ряда авторов, последняя не может служить объективным критерием оценки эффективности используемых мер борьбы с ОИМ [14]. Общей закономерностью в показателях летальности при ОИМ является тот факт, что каждый третий-четвертый заболевший погибает на догоспитальном этапе и доля этих лиц в структуре всех умерших от ОИМ в течение первого месяца составляет 61–82 % [3, 10, 23]. Особенность догоспитальной летальности при ОИМ проявляется в несколько отличной возрастно-половой структуре больных. Еще в 1972 году группа ученых под руководством одного из ведущих специалистов по этой проблеме А. Armstrong показала, что среди умерших на догоспитальном этапе мужчины и женщины моложе 50 лет составляют соответственно 71 и 60 %, в то время как в стационарах летальные исходы регистрируются преимущественно у пациентов пожилого возраста и в основном у женщин [23]. Аналогичные данные получены и отечественными исследователями [9, 11]. В настоящее время проблема летальности больных ОИМ, особенно догоспитальной, по-прежнему актуальна, имеет большое социально-экономическое значение и представляет значительный интерес как в научном, так и практическом плане.

Неоднократные попытки снизить уровень догоспитальной летальности были сопряжены с объективными трудностями. По данным отдельных авторов, у 19–45 % больных, погибших на догоспитальном этапе, смерть наступает в первый час заболевания [5, 13]. Более того, по данным И. Видимски с соавт. (1986), около 60 % от общего числа умерших погибали в течение первого получаса с момента появления симптомов прогрессирования коронарной недостаточности [8]. В период от одного до шести часов погибает, как правило, еще 24–25 % больных [13]. Следовательно, в подавляющем большинстве случаев смерть от ОИМ на догоспитальном этапе является внезапной. Этот факт значительно ограничивает возможности оказания медицинской помощи больным и снижает ее эффективность.

Тем не менее поиск путей возможного сокращения уровня догоспитальной летальности не утратил своей актуальности, поскольку совершенно очевидно, что без ее снижения невозможно повлиять на уровень общей летальности от ОИМ. Основой для проведения подобного рода исследований могут служить многолетние эпидемиологические программы, выполняемые по единой методике с использованием жестко унифицированных диагностических критериев. Именно такого рода исследования позволят объяснить причины происходящих негативных изменений в уровне догоспитальной летальности, наметить пути к его исправлению и оценить возможности профилактических вмешательств.

Цель

Динамический анализ случаев догоспитальной летальности от ОИМ в Томске за 27-летний период наблюдения и разработка рекомендаций по снижению данного показателя.

Материал и методы

Исследование проводилось в рамках эпидемиологической программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда» (РОИМ). Методика исследования по данной программе, которая действует в Томске с 1984 года, достаточно хорошо известна и неоднократно представлена в литературе [4]. Эпидемиология ОИМ изучалась среди постоянного населения города в возрасте старше 20 лет. За период с 1984 по 2010 год было зарегистрировано 24 850 случаев ОИМ. В остром периоде заболевания погибло 9 390 больных, в том числе 3 314 (36,3 %) в стационаре и 6 076 (64,7 %) – на догоспитальном этапе. В первый год исследования на догоспитальном этапе от ОИМ погибло 158, а через 27 лет – 156 больных. Соотношение умерших мужчин и женщин за анализируемый период практически не изменилось и составило в 1984 году 68,4 и 31,6 %, в 2010 году – 68,6 и 31,45 % соответственно.

Для оценки статистической значимости различий качественных признаков, выраженных в относительных величинах, использовали непараметрический критерий хи-квадрат (χ^2) для парных значений, а также критерий Фишера для особо малых величин. Различие считалось статистически значимым при значении $p < 0,05$.

Результаты исследования

В 1984 году показатель догоспитальной летальности составил 21,4 % (24 % – у мужчин и 17,4 % – у женщин). В течение анализируемого 27-летнего периода уровень догоспитальной летальности, за редким исключением, менялся незначительно, составив в 2010 году 18 % (20 % – в мужской популяции и 15 % – в женской популяции) (рис. 1). Сохранился неизменным и более высоким показатель догоспитальной летальности среди мужчин по сравнению с аналогичным показателем у женщин ($p < 0,05$). В 1984 году догоспитальная летальность среди больных моложе 60 лет была существенно выше, чем у лиц старше 60 лет (20 и 14 % соответственно; $p < 0,05$). Эта закономерность отмечена в течение всего периода исследования, и в 2010 году данное соотношение составило соответственно 25,8 и 14,3 % ($p < 0,05$). При этом анализ возрастной структуры лиц, погибших на догоспитальном этапе, показал, что в старшей возрастной группе (старше 60 лет) пациенты умирали от ОИМ практически так же часто, как и в группе лиц молодого возраста, причем это соотношение со временем постепенно менялось в сторону преобладания более возрастного контингента (табл. 1). Так, если в первый

год исследования (1984) среди погибших на догоспитальном этапе лица моложе 60 лет составили 53,1 %, а старше 60 лет – соответственно 46,9 %, то в 2010 году соотношение умерших в возрасте до и после 60 лет составило уже 49,4 и 50,6 %.

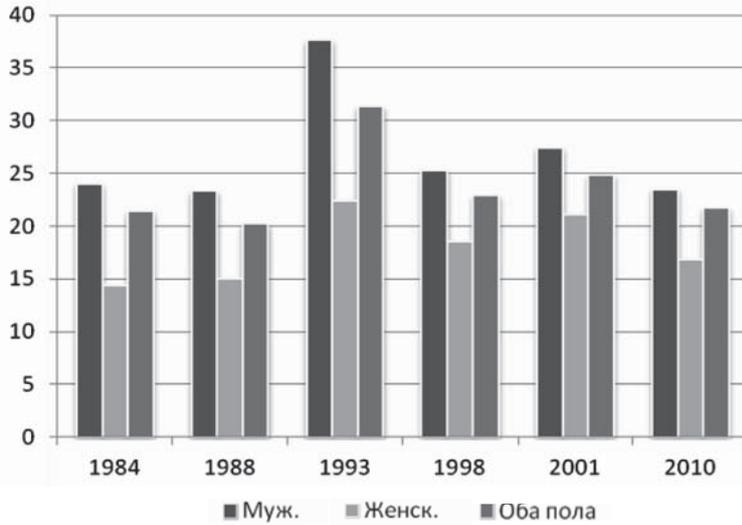


Рис. 1. Догоспитальная летальность больных острым инфарктом миокарда в г. Томске за 1984–2010 гг. (%)

Таблица 1

Возрастная структура больных острым инфарктом миокарда, погибших на догоспитальном этапе

| Возраст, лет | 1984 | 1988 | 1993 | 1998 | 2003 | 2010 |
|--------------|------|------|------|------|------|------|
| До 60 | 53,1 | 44 | 40,1 | 49 | 46,3 | 49,4 |
| После 60 | 46,9 | 56 | 59,9 | 51 | 53,7 | 50,6 |

Анализ данных катмнеза погибших на догоспитальном этапе показал, что за анализируемый

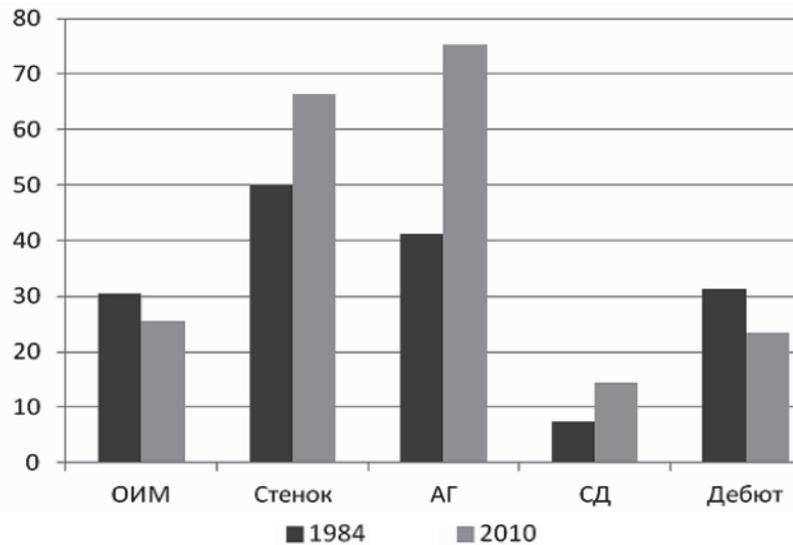


Рис. 2. Данные катмнеза больных острым инфарктом миокарда, погибших на догоспитальном этапе

период среди них существенно возросло число лиц, страдавших стенокардией напряжения (с 50 до 66,4 %; $p < 0,05$), артериальной гипертонией (с 41,2 до 75,4 %; $p < 0,002$), сахарным диабетом (с 7,5 до 14,5 %; $p < 0,05$). Кроме того, каждый третий-четвертый умерший перенес в прошлом ОИМ. Вместе с тем число погибших, для которых смерть от ОИМ на догоспитальном этапе явилась дебютом заболевания ИБС, значительно сократилось (с 31,4 до 23,5 %; $p < 0,05$) (рис. 2). Обращает на себя внимание тот факт, что, по данным патоморфологического исследования, за период наблюдения в три раза увеличилось число погибших, у которых ОИМ на догоспитальном этапе развился на фоне тяжелой хронической сердечной недостаточности (с 8,9 до 27,3 %; $p < 0,002$).

За 27-летний период наблюдения установлено, что основное число летальных исходов на догоспитальном этапе от ОИМ (в среднем 77,8 %) приходилось на первые 6 часов заболевания, из них более 60 % – на первые полчаса от развития события. Таким образом, в большинстве случаев смерть на догоспитальном этапе являлась внезапной. Такое быстрое наступление летального исхода приводило к тому, что ежегодно каждый второй-третий больной или не успевал обратиться за помощью, или, успев вызвать бригаду скорой медицинской помощи, погибал до ее приезда. При этом в подавляющем большинстве случаев время доезда бригады скорой медицинской помощи до пациента не превышало 15 мин, т. е. укладывалось в общепринятый норматив. В конечном итоге для основной массы больных (75,7–77,6 %), погибших от ОИМ на догоспитальном этапе, существующая система медицинской помощи при острой коронарной патологии оказывалась недоступной.

Обсуждение

Показатель догоспитальной летальности от ОИМ в Томске за 27-летний период наблюдения не претерпел существенных изменений и оставался практически стабильным. Существенно не изменялись и возрастно-половые характеристики догоспитальной летальности, установленные еще в первых исследованиях по программе «РОИМ» [5, 10, 11]. Следовательно, необходимо признать, за столь длительный период значительно повлиять на данный показатель не удалось, хотя определенные шаги в этом направлении предпринимались.

Приведенные в литературе данные убедительно показывают, что попытки, направленные на снижение догоспитальной летальности, предпринимались неоднократно. Эти мероприятия осуществлялись по нескольким направлениям. Так, мероприятия, имеющие преимущественно организационный характер, заключались в попытках максимально приблизить специализированную помощь пациентам. Они разрабатывались и внедрялись еще в 70–80-х годах XX века. К их числу можно отнести увеличение количества специализированных (кардиологических) бригад скорой медицинской помощи, рассредоточение их по подстанциям с целью сокращения времени доезда до больного, создание малых кардиологических бригад, формирование парамедицинских бригад, «бригад дефибрилляции» и т. д. [20–22]. Следует отметить, что некоторые из перечисленных мероприятий внедрялись и в Томске [16]. Тем не менее все предлагаемые меры оказались недостаточно эффективными в силу целого ряда объективных причин, основной из которых явилось быстрое наступление летального исхода в случаях гибели больных на догоспитальном этапе. Вместе с тем отдельные авторы и в настоящее время указывают на необходимость увеличения числа кардиологических бригад скорой медицинской помощи с целью положительного влияния на уровень догоспитальной летальности [19]. Однако основной акцент в последнее время все же делается на улучшение качества оказания медицинской помощи больным на догоспитальном этапе, в частности на широкое использование тромболитической терапии [12]. К сожалению, все организационные мероприятия, направленные на снижение догоспитальной летальности, нельзя признать достаточно эффективными.

Более перспективными, на наш взгляд, являются мероприятия, связанные с обязательной и полноценной диспансеризацией пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями с целью проведения эффективной вторичной профилактики ИБС и ОИМ. Особое внимание должно быть уделено выявлению лиц высокого риска в отношении внезапной сердечной смерти. Полученные в настоящем исследовании данные свидетельствуют о том, что случаи догоспитальной летальности от ОИМ все реже и реже являются дебютом ИБС. За исследуемый период среди погибших на ДЭ значительно возросло число лиц, страдавших при жизни различными сердечно-сосудистыми заболеваниями, а следовательно, требующими контроля и адекватного лечения с целью профилактики сердечно-сосудистых катастроф. Особого внимания заслуживают больные, перенесшие ОИМ, поскольку в литературе имеются данные, свидетельствующие о том, что именно этот контингент является особо уязвимым в плане развития внезапной смерти [7, 18]. На актуальность и необходимость скорейшего решения этой проблемы ука-

зывают достаточно многочисленные литературные данные [1, 11].

Заключение

Мероприятия, связанные с диспансеризацией лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями, органически вписываются в национальный проект «Здоровье» Минздравсоцразвития России, в котором одним из приоритетных направлений развития здравоохранения на ближайшие годы явилась профилактика и лечение сердечно-сосудистой патологии [2, 15]. Данное обстоятельство является, бесспорно, обоснованным, поскольку, лишь используя широкомасштабные, целенаправленные и адресные мероприятия по первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, можно добиться снижения смертности населения от данной патологии, в том числе и путем сокращения догоспитальной летальности от ОИМ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонова И. С., Моисеева О. М., Морошкин В. С. Предикторы внезапной смерти у больных сердечной недостаточностью различного генеза // Артериальная гипертензия. 2009. № 4. С. 462–465.
2. Аронов Д. М., Бубнова М. Г. Реальный путь снижения в России смертности от ишемической болезни сердца // Кардиосоматика. 2010. № 1. С. 11–17.
3. Банищikov Г. Т., Гудков Г. Я., Зиновенко Т. Н. Внезапная добольничная смерть от острой коронарной недостаточности и инфаркта миокарда (по данным Регистра острого инфаркта миокарда в Вологде) // Кардиология. 1985. № 4. С. 103–104.
4. Бетиг З., Мазур Н. А., Метелица В. И. Сравнительные данные по регистрам инфаркта миокарда в Москве и Берлине // Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний / под ред. И. К. Шхвацабая. М.: Медицина, 1977. С. 166–193.
5. Внезапная внебольничная коронарная смерть – отдельный независимый острый коронарный синдром или вид смерти от ишемической (коронарной) болезни сердца? / Й. Блужас [и др.] // Кардиология. 2003. № 7. С. 41–43.
6. Регистр острого инфаркта миокарда: динамика заболеваемости, смертности и летальности в Каунасе / Н. И. Блужас [и др.] // Кардиология. 1988. № 4. С. 8–10.
7. Прогностическое значение диастолической дисфункции при внезапной сердечной смерти у больных, перенесших инфаркт миокарда / С. А. Болдуева [и др.] // Кардиология. 2009. № 8. С. 22–27.
8. Видимски И., Вишек В., Андел М. Превентивная кардиология. Киев: Здоровье, 1986. 210 с.
9. Гарганеева А. А., Округин С. А., Зяблов Ю. И. Программа ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда»: 25-летнее эпидемиологическое изучение инфаркта миокарда в среднеурбанизированном городе Западной Сибири // Сибирский мед. журнал. 2010. № 1. С. 44–49.
10. Гафаров В. В., Гафарова А. В. Программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда», «MONICA»: треть века (1977–2006 гг.) эпидемиологических исследований инфаркта миокарда в популяции высокого риска // Тер. архив. 2011. № 1. С. 38–45.

11. Гафаров В. В., Татарина В. В., Горохова Е. В. Заболеваемость, смертность и летальность от острого инфаркта миокарда в г. Якутске в возрастной группе 25–64 лет (программа ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда») // Якутский медицинский журнал. 2011. № 4. С. 49–50.
12. Довгалецкий П. Я., Фурман Н. В., Довгалецкий Я. П. Эффективность и безопасность тромболитической терапии инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST тенектеплазой в реальной клинической практике // Трудный пациент. 2011. № 7. С. 12–17.
13. Ефимова Л. П. Распространенность факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в популяции Сургута // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2003. № 6. С. 40–42.
14. Мазур Н. А. Инфаркт миокарда (заболеваемость, течение и исходы среди общей популяции, вопросы научной организации помощи больным): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.06. М., 1975. 37 с.
15. Оганов Р. Г., Масленникова Г. Я. Демографическая ситуация и сердечно-сосудистые заболевания в России: пути решения проблем // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2007. № 6. С. 7–14.
16. Округин С. А. Инфаркт миокарда в Томске (частота распространения, особенности возникновения, проблемы организации медицинской помощи больным в остром периоде заболевания): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.06. Томск, 1992. 28 с.
17. Частота случаев внезапной смерти от острой коронарной недостаточности и острого инфаркта миокарда на догоспитальном этапе в Красноярске / В. А. Опалёва-Стеганцева [и др.] // Кардиология. 1986. № 5. С. 23–25.
18. Клинико-функциональные и морфологические параллели при инфаркте миокарда и внезапной коронарной смерти / Т. З. Сейсембеков [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2009. № 8. С. 286–287.
19. Пути совершенствования оказания скорой медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом в г. Екатеринбурге / И. В. Холкин [и др.] // Уральский медицинский журнал. 2011. № 6. С. 79–81.
20. Янкин Ю. М., Плотникова Н. Д., Гольдберг Г. А. Догоспитальный этап острого инфаркта миокарда. Томск: Изд-во Томского университета, 1992. 154 с.
21. Dean N. C., Haug P. J., Hawker P. J. Effect of mobile paramedic units on outcome in patients with myocardial infarction // Ann. Emerg. Med. 1988. Vol. 17. P. 1034–1041.
22. Goulding G. New dimensions in prehospital cardiac care for your community // Can. Fam. Physician. 1987. Vol. 33. P. 979–981.
23. Natural history of acute heart attacks. A community study / A. Armstrong [et al.] // Br. Heart J. 1972. Vol. 34. P. 67–80.

Статья поступила 12.09.2012.

ИННОВАЦИЯ

ПРОФИЛАКТИКА **ИНСУЛЬТА** И СИСТЕМНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЙ
У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ



ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА

Прадакса® 150 мг
два раза в день

Единственный зарегистрированный
пероральный антикоагулянт,
доказавший преимущество
над варфарином
в профилактике инсульта*



Boehringer
Ingelheim

ООО «Берингер Ингельхайм»
125171, РФ, Москва, Ленинградское шоссе, д. 16 А, стр. 3
Тел. +7 (495) 544 5044

150 мг 2 раза в день
Прадакса®
дабигатрана этексилат

Высокоэффективная профилактика инсульта

* Stuart J. Connolly M.D. et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N. Engl. J. Med. sept. 17, 2009, vol. 361 N12, p. 1139-51