

ТРИВАЛІСТЬ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ, ТЕРМІНИ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА І ЇХ МОЖЛИВИЙ ВПЛИВ НА КІНЦЕВІ РЕЗУЛЬТАТИ

Сокол О.В., магістрант

Науковий керівник – доц. Лаба В.В.

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини

За основу своєчасного надання невідкладної допомоги хворому на гострий коронарний синдром (ГКС) береться поява в клінічній картині захворювання затяжного інтенсивного болю, наявність прогностично небезпечних порушень серцевого ритму і провідності та ін. Крім названого, виходячи з патогенезу Q-інфаркта міокарда, що пов'язаний з коронарним тромбозом, а також тези відкритого терапевтичного вікна, асоційованого з ефективністю тромболітичної терапії в перші 6 годин (не пізніше 12 годин) від початку болю, саме останній і є визначальним в подальших діагностично-лікувальних заходах.

Метою роботи було вивчення своєчасності звертання хворих за медичною допомогою і, відповідно, термінів госпіталізації при гострому інфаркті міокарда (ГІМ) в спеціалізоване відділення міського протиінфарктного центру.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективне дослідження 414 стаціонарних хворих, що перебували на лікуванні протягом 2005 року в протиінфарктному центрі м. Суми.

Результати дослідження. В проведеному нами дослідженні, в перші 6 годин госпіталізовано 181 хворий (43,7%), з 7 до 12 годин – 54 хворих (13%), це свідчить, що потенційно ефективними можливі терапевтичні заходи у 46,9% хворих, при умові проведення комплексної, в тому числі, патогенетичної спеціалізованої допомоги. З 13 по 24 годину госпіталізовано 55 хворих (13,2%). Вкрай пізніми є терміни госпіталізації з 2-ої до 7-ої доби (від 3,3% до 5,3%) хворих. Реєструвалися випадки госпіталізації на 2-ому тижні захворювання – 8 (1,9%) хворих і навіть після 2-ох тижнів – 10 (2,4%) хворих. Серед померлих зареєстровані подібні тенденції, так в найбільш оптимальні терміни госпіталізовано всього 47% хворих. Найбільше померло хворих в першу добу (78%), що в певній мірі і відповідає літературним даним і пояснюється фатальними ускладненнями гострого періоду і віком хворих, так 45% померло у віці 70-79 р. і 23,4% - у віці 60-69 р. Велике значення мали фонові стани і супутня патологія, що посилювали високу потенційну летальність хворих.

Висновки: 1. В перші 12 годин госпіталізовано 46,9% хворих, що може бути підставою до тромболітичної терапії з урахуванням показань і протипоказань. Фактично тромболізіс отримало 1,7% хворих, що є недостатнім, а це є основою лікування і профілактики ускладнень при ГІМ.

2. Зберігається недостатня інформативність хворих щодо дій при больовому синдромі.