
ИСХОДЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ, ПРОЛЕЧЕННЫХ В ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЕ БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Т.М. Максимова, В.Б. Белов, Н.П. Лушкина, Ю.В. Пономарев***

Смертность при остром инфаркте миокарда (ОИМ) в России составляет около 6% среди всех случаев смерти от болезней системы кровообращения. Эта доля ниже, чем в экономически развитых странах, что может свидетельствовать о проблемах диагностики и учета этой патологии в нашей стране.

Результаты анализа «Карт выбывшего из стационара» (ф.066/у-02) показали, что отмечается несвоевременная поздняя доставка в стационар больных с ОИМ, особенно мужчин. Больничная летальность существенно выше при повторном инфаркте миокарда (22,0%), чем при ОИМ (9,0%), но эти показатели по московской больнице, где не осуществляются интервенционные методы лечения ИМ ниже, чем по России в целом (в 2010 г. 24,0% и 14,1%), в 2011 г. – 24,5% и 13,6%. Средняя длительность пребывания в стационаре умерших больных (5,9 дня) достоверно ниже, чем у тех, кто выписан с улучшением (18,6 дня). Ключевые слова: инфаркт миокарда, заболеваемость, смертность, летальность, госпитализация.

В России в последние годы смертность при ОИМ составляет 5,6% среди всех случаев смерти от болезней системы кровообращения, в экономически развитых странах доля случаев смерти от этой причины существенно выше. Так, доля случаев смерти от острого и повторного инфаркта миокарда (ИМ) составляла в 2005 г. в США 17,5%, в Германии в 2006 г. – 18,1%, во Франции в 2005 г. - 14,6%. Это может свидетельствовать о проблемах диагностики этой патологии в нашей стране (Т.М. Максимова, Н.П. Лушкина, Е.В. Огрызко, 2012), особенно в условиях недостаточного оснащения медицинских учреждений. Для оценки некоторых показателей, характеризующих стационарную помощь при ИМ в условиях городской больницы г. Москвы были проанализированы «Карты выбывшего из стационара» (ф.066/у-02) московской городской больницы (ГБ) за 2010 г. (272 чел.).

* **Национальный НИИ общественного здоровья РАМН**

** **Городская клиническая больница № 55 г. Москвы**

Максимова Тамара Михайловна - главный научный сотрудник, профессор, tmaksimova@mail.ru

Белов Виталий Борисович - зав. отделом, к.м.н., vitalybb@mail.ru

Лушкина Нина Петровна - ведущий научный сотрудник, tmaksimova@mail.ru

Пономарев Юрий Владимирович - зав. отд. статистики, (495)9629600

Среди всех лиц, пролеченных в стационаре с диагнозом ИМ¹ немногим более половины составляют женщины, у мужчин и женщин выявлено существенное отличие по среднему возрасту и занятости (табл. 1). Среди женщин подавляющее число (более 90%) это пенсионеры, среди мужчин - 43% составляют лица трудоспособного возраста (средний возраст 53 года), пенсионеры-мужчины также более молоды по сравнению с женщинами – их средний возраст 73,0 года (у женщин 76,5). Таким образом, госпитализированные в связи с ИМ мужчины, достоверно моложе женщин.

Таблица 1

Социальный состав и средний возраст больных инфарктом миокарда, госпитализированных в ГБ г. Москвы, 2010 г.

Социальный статус	Мужчины		Женщины	
	%	средний возраст, лет	%	средний возраст, лет
Работает	31,7	53,9	2,7	64,0
Не работает	11,2	52,4	2,8	54,8
Бомж	0,8	63,0	-	-
Пенсионер	56,3	73,0	94,5	76,5
Всего	100,0	64,6	100,0	75,5

Наиболее молодой возраст, в котором диагностирован острый ИМ у мужчин - 31 год, у женщин – 33 года, в возрастном интервале от 31-40 лет среди мужчин таких больных было 4,0%, среди женщин – менее одного процента (0,7%).

Среди всех мужчин, госпитализированных с ИМ, в возрасте до 60 лет было 33,4%, среди женщин - 9,6%. Напротив, среди женщин в возрасте 70 лет и старше было около 80% (80,1%), а среди мужчин только 38,1% (табл. 2).

Таблица 2

Распределение по возрасту и полу больных инфарктом миокарда, госпитализированных в ГБ г. Москвы (%)

Возрастная группа (лет)	Мужчины	Женщины
До 40	4,0	0,7
40-59	29,4	8,9
60-69	27,8	10,3
70-79	23,0	45,2
80 и более	15,8	34,9
Всего	100,0	100,0

¹ Включены диагнозы острого (I21) и повторного (I22) инфаркта миокарда.

Мужчины с повторным инфарктом миокарда почти на 5 лет старше по возрасту тех, у кого диагноз ИМ установлен впервые. Средний возраст мужчин при повторном инфаркте равен $68,9 \pm 2,0$ и при первичном ИМ $63,4 \pm 1,4$ (хотя при данном числе наблюдений эта разница статистически не значима), у женщин, соответственно, $79,7 \pm 1,3$ года и $74,1 \pm 1,0$ года.

Основным негативным исходом ИМ является смертность, а среди госпитализированных больных – больничная летальность, а также развитие повторного ИМ и сердечной недостаточности (N.Khan et al, 2010).

Среди лиц, госпитализированных в связи с развившимся ИМ, 76,8% составляли те, у кого это заболевание возникло впервые (ОИМ), у 22,8% - это был повторный инфаркт миокарда (в среднем по России в 2010 г. это соотношение 75,9 и 24,1%, в 2011 г. – 76,7% и 23,3%).

Согласно Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра (МКБ-10) среди лиц с ОИМ основную часть (44,0%) составляли больные с острым субэндокардиальным инфарктом миокарда (I21.4), 24,4% - острым трансмуральным инфарктом нижней стенки миокарда (I21.1) и 13,4% - других уточненных локализаций (I21.2). Не были уточнены локализации ОИМ у 2,4% больных.

Среди всех больных с повторным ИМ у 46,8% был установлен инфаркт передней стенки миокарда (I22.0), в 48,4% случаев примерно одинаковое количество случаев повторного инфаркта нижней стенки (I22.1) (22,5%) или другой уточненной локализации (I22.8) (25,8%), не уточненных случаев локализации повторного ИМ – 1,6%. Таким образом, в целом доля неуточненных локализаций ИМ составила 4,0%.

В России в целом среди трудоспособного населения, в 2010 г. показатели летальности от повторно и острого ИМ составляли 14,9% и 7,0%, среди больных старше трудоспособного возраста – 26,9% и 18,0%. Ситуация практически сохранилась в 2011 г. В некоторых госпиталях США летальность больных ОИМ в течение года была 15,7-15,8% в 2009 г. (А.К. Jha et al, 2012).

Среди пациентов с ИМ, пролеченных в течение года в московской больнице, летальность составляла 12,9%, остальные 87,1% больных выписаны с улучшением. Среди умерших около 70% - женщины. Средний возраст умерших от ИМ составил в 2010 г. - 78,6 года (у женщин - 80,8 года, у мужчин почти на 4,9 года ниже – 74,9 года), в 2011 г. – 79,5 (у женщин - 78,8, у мужчин – 81,1). Средний возраст женщин, которые выписаны с улучшением, более чем на 10 лет выше (74,6 года), чем в соответствующей группе мужчин (63,4 года).

Больничная летальность существенно выше при повторном ИМ (24,2%), чем при ОИМ (9,1%), но эти показатели по московской больнице, где не осуществляются интервенционные методы лечения ИМ ниже, чем по России в целом (в 2010 г. 24,0% и 14,1%, в 2011 г. – 24,5% и 13,6%).

Практически все больные ИМ (98,1%) доставлены в ГБ Москвы по экстренным показаниям, из них 91,2% были сразу госпитализированы в блок интенсивной терапии. При этом даже в условиях столицы около половины из них (47,8% мужчины и 50,7% женщины) доставлены в стационар после 24 часов от начала сердечного приступа. В первые 6 часов поступило 27,7% мужчин и лишь 18,8% женщин, остальные позже 6 часов. Соответственно, лечебные мероприятия, которые необходимо провести в условиях стационара в первые часы развития ИМ существенно запаздывают для основного контингента больных.

Результаты анализа показывают, что исходы заболевания – улучшение или смерть зависят от срока поступления больного в стационар от начала болевого приступа. Среди пациентов, которые выписаны с улучшением 47,8% были госпитализированы после суток от начала симптомов ИМ, а среди умерших – 63,0%. Именно этому контингенту в большей мере не были осуществлены в первые часы необходимы лечебные мероприятия. При этом в течение 6 часов от начала сердечного приступа среди умерших мужчин не поступил никто, среди выписанных с улучшением – 30%. Среди умерших женщин в период до 6 часов от начала сердечного приступа в стационар были доставлены лишь 22%.

Средняя длительность пребывания в ГБ Москвы пациентов с ИМ составляет 17,1 дня, в т.ч. с ОИМ – 17,3 дня, с повторным ИМ – 16,2 дня. По материалам разных исследований средняя длительность пребывания в стационаре больных ОИМ 12-19 дней (Ю.И. Нестеров, 2012), по данным официальной статистики за 2010 г. по России в среднем – 14,8 дня при ОИМ, при повторном ИМ – 13,3 дня, в 2011 г. – соответственно, 14,6 и 13,4 дня. В данном исследовании этот показатель слабо связан со сроками доставки больного в стационар от начала ИМ, колеблясь в пределах 16,9-17,7 дня и незначительно выше у более поздно доставленных, а также практически одинаков у мужчин и женщин.

Средняя длительность пребывания в стационаре умерших больных была равна 5,9 дня (в 2011 г. – 5,3, у мужчин – 3,9, у женщин – 6,0). Она ниже тех случаев, когда наблюдался положительный исход - улучшение (18,6 дня) и при относительно ранней (до суток) госпитализации лиц, у которых в ре-

зультате лечения наступило улучшение – 16,9 дня, у более поздно поступивших – 19,4 дня. Летальность составила 7,7% при госпитализации до суток и 13,4% при более поздней госпитализации.

Среднее пребывание больных с различными формами ИМ в стационаре фактически не отличается среди населения трудоспособного и старше трудоспособного возраста. Наиболее высока средняя длительность госпитализации в данной больнице при остром трансмуральном ИМ (I21.2) разных локализаций (19,0 дня), в остальных случаях ОИМ 16,6-17,7 дня, что определяет среднюю длительность по всей группе заболевших. Из всех случаев повторного ИМ – при повторном инфаркте передней стенки миокарда (I22.0) – 17,4 дня, в остальных случаях повторного ИМ 14-16 дней.

Среди анализируемых случаев ИМ по данным городской больницы наибольшая летальность отмечалась при повторном ИМ и различалась при разных локализациях ИМ, т.е. можно отметить большую среднюю длительность госпитализации при более низкой летальности (табл. 3).

Таблица 3

Летальность и средняя длительность пребывания в стационаре в зависимости от локализации инфаркта миокарда

Локализации ИМ	Коды МКБ-10	Летальность (%)	Средняя длительность пребывания в стационаре (дней)
Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда	I21.0	14,0	16,9
Острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда	I21.1	17,1	16,6
Острый трансмуральный инфаркт миокарда других уточненных локализаций	I21.2	10,7	19,0
Острый субэндокардиальный инфаркт миокарда	I21.4	0,0	17,7
Повторный инфаркт передней стенки миокарда	I22.0	16,7	17,4
Повторный инфаркт нижней стенки миокарда	I22.1	21,4	15,8
Повторный инфаркт миокарда другой уточненной локализации	I22.8	43,8	13,9
Всего:		12,9	17,0

В заключительном диагнозе изолированные случаи ИМ отмечены чрезвычайно редко - у 2,6% больных. Около половины больных (48,5%) имеют от одного до трех сопутствующих заболеваний, 46,2% - 5 и более сопутствующих заболеваний. Более того у 10% больных (мужчин 7,2%, жен-

щин 13%) ИМ развивается на фоне 8 и более заболеваний, что требуется учитывать при назначении терапии.

Среди заболеваний, сопутствующих ИМ, присутствуют болезни, относящиеся ко всем классам МКБ-10, кроме инфекционных и паразитарных болезней. Однако основную часть их (от 92 до 97%) во всех группах сочетаний составляют болезни, относящиеся к 6 классам болезней: системы кровообращения (27,2%), органов дыхания (25,6%), органов пищеварения (13,2%), болезней почек и мочевыводящих путей (19,4%), а также болезни крови (5,8%) и болезни эндокринной системы (7,3%), остальные заболевания были выявлены в единичных случаях (табл. 4).

Таблица 4

Структура основных групп болезней (по классам МКБ-10) при различном количестве сопутствующих инфаркту миокарда заболеваний (%)

Классы МКБ-10	Количество сопутствующих заболеваний									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Все-го
Новообразования	5,7	9,2	4,2	5,4	5,8	3,3	5,3	4,4	9,0	5,8
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	2,9	4,6	9,1	5,4	7,4	6,6	8,5	6,6	10,4	7,3
Болезни системы кровообращения	57,1	42,5	30,8	26,8	24,0	21,5	26,6	25,3	16,7	27,2
Болезни органов дыхания	5,7	16,1	23,1	26,2	33,9	30,6	27,7	28,6	23,6	25,6
Болезни органов пищеварения	11,4	13,8	14,7	9,5	11,6	9,1	16,0	14,3	18,1	13,1
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	5,7	-	1,4	3,0	0,8	2,5	-	1,1	1,4	1,6
Болезни мочеполовой системы	11,4	13,8	16,8	23,8	16,5	26,4	16,0	19,8	20,8	19,4

Среди сопутствующих заболеваний при ИМ значительную часть занимают осложнения или другие болезни системы кровообращения, при этом при наличии у больных инфарктом одного сопутствующего заболевания в 60 (57,1%) процентах случаев это какое-либо заболевание системы кровообращения, при наличии 2-х сопутствующих заболеваний – 42,5%, при 3-х – какое-либо заболевание системы кровообращения имеет место у каждого третьего больного (30,8%). При увеличении числа сопутствующих заболеваний доля в их составе заболеваний системы кровообращения снижается и ес-

ли ИМ сопровождается 9 и более болезнями, то доля их составляет менее 20% (16,7%). С увеличением количества сопутствующих заболеваний в этой группе нарастает доля заболеваний органов дыхания, органов пищеварения, почек и мочевыводящих путей.

Если рассматривать количество сопутствующих заболеваний в группах больных в зависимости от исхода (выписан с улучшением или умер), то среди умерших не было больных без сопутствующих заболеваний, среди выписанных с улучшением – 3,0% (табл. 5). Среди последних около 50% случаев инфаркта миокарда развивались на фоне 1-3 хронических заболеваний, а среди умерших таких больных было меньше, только 34,3%.

Таблица 5

**Распределение больных инфаркта миокарда по количеству
сопутствующих заболеваний и исходам, госпитализированных
в ГБ г. Москвы в 2010 г. (%)**

Количество сопутствующих заболеваний	Выписаны с улучшением	Умершие
0	3,0	-
1-3	50,7	34,3
4 и более	46,3	65,7

В тоже время среди умерших 65,7% лиц имели множественную сопутствующую патологию, среди выписанных с улучшением таких лиц так же было немало (46,3%), но достоверно меньше ($t > 2$). У умерших пациентов так же чаще (44,7%) наблюдались и множественные (2-3) осложнения течения ИМ, у выписанных с улучшением – 16,9%. Умершие были, прежде всего, более старшего возраста, инфаркт развивался у них на фоне множественных сопутствующих хронических заболеваний и сопровождался большим числом осложнений. При этом отмечается поздняя доставка в стационар таких больных, особенно мужчин. Все эти обстоятельства приводят к тому, что в течение короткого времени у ряда больных развиваются несовместимые с жизнью осложнения и в течение первой недели пребывания в больнице они погибают.

В стационаре больным проводилась консервативная терапия (антиагрегатная, тромболитическая терапия), использовались ингибиторы ангиотензин превращающего фермента (ИАПФ) и др. В то же время современные подходы к ведению больных с острой кардиоваскулярной патологией требуют, чтобы каждому больному в период госпитализации было проведено рентгенологическое исследование коронарных сосудов для определения степени их

поражения атеросклеротическим процессом и определения дальнейшей тактики ведения, в т.ч. использования методов реваскуляризации (Ю.И. Нестеров, 2012), возможно в условиях другого стационара. Указаний на перевод больных в другие стационары для интервенционного лечения в анализируемой медицинской документации не было.

Литература

1. Максимова Т.М., Лушкина Н.П., Огрызко Е.В. Проблемы медицинского обеспечения кардиологических больных // Вестник РАМН. - 2012, № 3. – С. 15-22.
2. Khan N.F., Grubisic M., Hemmelgarn B., Humphies K., King K.M., Quan H. Outcomes After Acute Myocardial Infarction in South Asian, Chinese and White Patients // Circulation. - 2010; 122: 1570-1577.
3. Jha A.K, Joynt K.E., Orav E.John, Epstein A.M. The Long-Term Effect of Premier Pay for Performance on Outcomes // N.Engl J Med 2012; 366:1606-1615. April 26.2012.
4. Нестеров Ю.И. Терапия восстановительного периода инфаркта миокарда // Земский врач. – 2012. - № 2. – С. 5-10.
5. European hospital morbidity database, WHO Regional Office for Europe. - Copenhagen, Denmark. Last updated: January 2011.