

И.М. Хабалова, Л.А. Яковлева, Л.Д. Шабаева, В.Ц. Цырендоржиев, В.Б. Ринчинов, С.М. Имышелов, М.Ю. Итыгилов

## АНАЛИЗ ОШИБОК ДИАГНОСТИКИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ И ИНФАРКТА МИОКАРДА (ОКС)

*МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова» (Улан-Удэ)*

Заболевания сердечно-сосудистой системы остаются самой частой причиной смерти (40–60 %). Основное место в структуре летальных исходов от сердечно-сосудистых заболеваний занимает ишемическая болезнь сердца. Высокая заболеваемость и смертность от ИБС диктует решение задач повышения качества оказания медицинской помощи, как на догоспитальном, так и на госпитальном этапах. Качество лечебно-диагностического процесса оценивается по стандарту, включающему следующие основные элементы: качественный сбор информации о больном, правильная постановка и обоснование диагноза, качественное выполнение лечебных мероприятий. Кроме того немаловажное значение имеет необоснованность госпитализации при неправильно поставленном диагнозе, в частности, гипердиагностика острого коронарного синдрома, что ведет к необоснованным финансовым затратам, перегруженности отделений неотложной кардиологии, интенсификации труда сотрудников.

Проблеме качества диагностики на догоспитальном этапе уделяется недостаточно внимания, о чем свидетельствуют немногочисленные публикации по данной теме. И это при наличии большого числа диагностических ошибок допускаемых врачами. Так гипердиагностика нестабильной стенокардии по литературным данным достигает 30 %, инфаркта миокарда до 25 %.

**Цель исследования:** изучение частоты и причин диагностических ошибок при ОКС (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда) на догоспитальном этапе.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ 490 историй болезни с направительным диагнозом «Нестабильная стенокардия и ОКС». Возрастной состав 30–85 лет, средний возраст 65,2 года. Лиц старше 60 лет – 206 (42 %). Мужчин – 54,1 %, женщин – 45,9 %. Число работающих составило 112 (23,8 %), неработающие 378 (76,2 %), инвалиды 110 (23,8 %).

В анамнезе отмечены: перенесенный в прошлом инфаркт миокарда у 113 (23,0 %), стенокардия у 81 (16,5 %), сахарный диабет у 34 (6,9 %), ХСН у 236 (48,2 %), гипертоническая болезнь в 261 (53,3 %) случае. При поступлении у 321 (65,5 %) пациента имелось внезапное повышение АД, высокая стабильная АГ; сердечная астма у 51 (10,4 %), гидроторакс у 34 (6,9 %), фибрилляция и трепетание предсердий в 73 (14,9 %) случаев, экстрасистолия у 35 (7,1 %). Отмечено преобладание женщин пожилого возраста старше 70 лет (69,4 %).

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В процессе наблюдения в стационаре только у 175 (35,7 %) больных подтвержден диагноз нестабильной стенокардии. Таким образом, процент диагностических ошибок составил 64,2 %. У 116 больных (23,7 %) установлен диагноз ХИБС, у 107 (21,8 %) – гипертоническая болезнь, у 12 (2,4 %) – НЦД, алкогольная интоксикация в трех случаях (0,6 %), ревматический порок в двух случаях (0,6 %), ДКМП у 5 больных (1 %), ТЭЛА у 1 больного (0,2 %), инфаркт миокарда у 83 (16,9 %).

Среднее пребывание больных с ХИБС – 8,0 койко-дней, с гипертонической болезнью – 9, с инфарктом миокарда – 21,5, с нестабильной стенокардией – 13,4, прочие – 5,5. Причем 25 % больных с ХИБС и 50 % с ГБ находились в сроки до 3-х дней.

Также были проанализированы истории больных с направительным диагнозом «Инфаркт миокарда». У 85 больных (18,5 %) диагноз не подтвержден. У 40 больных (8,6 %) выставлен диагноз нестабильная стенокардия, у 375 (81,0 %) – инфаркт миокарда, у 38 (13 %) – ХИБС, у 6 (1,5 %) – ГБ, у 2 (0,4 %) – НЦД.

Анамнестически болевой синдром у больных с неподтвержденным диагнозом нестабильной стенокардии не укладывался в клинику ангинозных болей, причем описание было кратким, без детализации жалоб, не указано, в чем заключалась нестабильность заболевания, не было характеристики болевого синдрома в анамнезе. В 62 % отмечено, что больные либо не принимали профилактическое лечение, либо лечились неадекватными препаратами и дозами, не проводилась коррекция лечения. Практически не было больных, которым бы рекомендовали коронарографию и оперативное вмешательство.

Основные причины диагностических ошибок:

I. Недостаточно собранный анамнез: нет детализации жалоб, кардиалгия принимается за ангинозные боли, симптомы сердечной недостаточности (одышка, сердечная астма) ошибочно принимаются за астматический вариант стенокардии, инфаркта миокарда, недостаточно выясняются сопутствующие, фоновые заболевания (ГБ, нарушения ритма сердца, анемии), гемодинамическая стенокардия принимается за стенокардию при ИБС

II. Неправильная трактовка данных ЭКГ: отсутствие архивных ЭКГ для сравнения, неправильная трактовка депрессии и подъема сегмента ST, инверсии зубцов T при блокадах ножек пучка Гиса, рубцовых изменениях и хронической аневризме после перенесенного инфаркта, неправильная трактовка депрессии сегмента ST у больных с острыми нарушениями ритма — фибрилляцией, трепетанием предсердий, суправентрикулярной тахикардией.

### ВЫВОДЫ

1. На догоспитальном этапе высок процент гипердиагностики нестабильной стенокардии — 64,2 %, инфаркта миокарда — 18,5 %, что приводит к необоснованной госпитализации, перегрузке отделения, интенсификации труда сотрудников, о чем свидетельствует краткое пребывание в стационаре больных с неподтвержденным диагнозом нестабильной стенокардии.

2. Наиболее часто встречаются ошибки у женщин старше 70 лет, перенесших инфаркт миокарда, имеющих тяжелые сопутствующие диагнозы, сердечную недостаточность, изменения на ЭКГ в виде рубцовых изменений, нарушений внутрижелудочковой проводимости. Это обуславливает сложность диагностики.

3. Наиболее частой причиной гипердиагностики является неполный анамнез, отсутствие детализации жалоб больного (болевого синдрома в области грудной клетки).

4. Должен быть тщательный сбор анамнеза, детализации болевого синдрома, выявление сопутствующих заболеваний, изучение амбулаторной карты, сопоставление данных ЭКГ с архивом ЭКГ пациента.

5. Совершенствование подготовки врачей бригад скорой помощи, поликлиник, приемных отделений, врачей общей практики, повышение их профессионального уровня в вопросах неотложной кардиологии, постоянный контроль качества диагностики со стороны администрации с последующим разбором на клинических конференциях, развитие интеграции амбулаторно-поликлинических учреждений, являются основными мероприятиями по снижению числа ошибок в диагностике ОКС, улучшению результатов лечения пациентов и оптимального использования ресурсов медицинских учреждений.

**И.М. Хабалова, Л.Д. Шабаева, Н.Н. Страмбовская, Л.А. Бардонова**

### СЛУЧАЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова» (Улан-Удэ)*

Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) представляет собой первичное наследственное поражение миокарда, характеризующееся выраженной гипертрофией миокарда левого желудочка (ЛЖ) (реже правого), уменьшением размеров полости ЛЖ, значительным нарушением диастолической функции ЛЖ, нередко, развитием обструкции выходного отдела ЛЖ и частым нарушением ритма. Толщина ЛЖ более 15 мм неясного генеза является диагностическим критерием заболевания. Клиническая картина ГКМП изменчива — от бессимптомных форм до выраженных клинических проявлений или внезапной смерти. Клинические и патологические особенности ГКМП определены почти исключительно у молодых. Об этом состоянии у пожилых пациентов известно мало, и может быть как самостоятельным заболеванием, так и сочетаться с другими ССЗ. ГКМП, ассоциированная с АГ, является заболеванием лиц пожилого возраста. Характерная клиническая картина ГКМП представлена триадой: стенокардия, аритмии, синкопальные состояния. Велик риск развития аритмогенной внезапной смерти во время физических нагрузок или занятий спортом.

Наш интерес вызвал случай сочетания ГКМП с артериальной гипертензией.

Больной Н., 1956 г.р., поступил в отделение неврологии с жалобами на интенсивную головную боль, головокружение, слабость в левых конечностях, развившиеся внезапно после ночного сна на фоне повышения артериального давления, одышку при небольшой нагрузке, общую слабость. Впервые повышение АД зарегистрировано в возрасте 20 лет, повышение до 150/90 мм рт. ст. с гипертрофией ЛЖ, шум в сердце, не обследовался, не лечился. Стойкое повышение АД последние 10 лет с максимальными цифрами 210/110 мм рт. ст., на фоне регулярного приема диуретона 10 мг, атенолола 50 мг 2 раза АД снижалось до уровня 160/90 мм рт. ст.

При поступлении состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы нормальной окраски и влажности. Пастозность стоп. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, в нижних отделах единичные мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон. Частота дыхательных движений 18 в минуту. При аускультации сердца тоны приглушены, ритм правильный, систолический дующий шум в точке Боткина, верхушке, аорте, ЧСС — 76 ударов в минуту. АД 180/100 мм рт. ст., печень выступает на 1 см