

## Информационный обзор №15

# Качество лечения и профилактики Острого Инфаркта Миокарда (ОИМ) в Кыргызской Республике

### 1. Введение

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются одной из ведущих причин смертности в Кыргызстане. Так, в 2006 году доля смертей от ССЗ в общей структуре причин смертности составила 47,5%. *Острый инфаркт миокарда (ОИМ) и мозговой инсульт* являются основными причинами смертности среди ССЗ, показатели которых в 2003 году составили 389 и 261 случаев на 100 тыс. населения соответственно (ВОЗ 2004). Это послужило основанием для проведения настоящего исследования, в ходе которого был проведен ситуационный анализ содержания лечебной практики, профилактики, реабилитации ОИМ и мозгового инсульта на всех уровнях оказания медицинской помощи – первичной, стационарной службы и высокоспециализированной помощи на третичном уровне. В информационном обзоре №15 представлены результаты исследования по ОИМ. Результаты по мозговому инсульту отражены в информационном обзоре №16.

### 2. Цель исследования

Проведение комплексной оценки качества лечения и профилактики ССЗ в Кыргызстане для определения дальнейших направлений и рекомендаций для стратегии «Манас Таалими» (2006-2010).

### 3. Методы

В исследовании были использованы следующие методы: сравнительный анализ местных и международных клинических руководств по лечению ОИМ, ретроспективный анализ 272 историй болезней и 65 амбулаторных карточек. Были проведены дискуссии в 13 фокус группах (4-7 человек в каждой группе) с пациентами, перенесшими ОИМ, и в 11 фокус группах с врачами территориальных, областных больниц, а также стационаров третичного уровня. Исследование было проведено в 3 областях: Чуйской, Нарынской и Жалалабадской, а также в городе Бишкек.

### 4. Результаты и выводы

Было оценено 4 этапа профилактики и лечения ОИМ: первичная профилактика (4.1),

догоспитальный этап (4.2), госпитальный этап (4.3), вторичная профилактика и реабилитация (4.4).

#### 4.1. Первичная профилактика

Первичная профилактика направлена на активное выявление и устранение основных изменяемых факторов риска ОИМ, таких как повышенное артериальное давление, повышенный уровень сахара и холестерина в крови, избыточная масса тела, малоподвижный образ жизни, курение, злоупотребление алкоголем. В данном исследовании была оценена эффективность контроля факторов риска на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) с использованием следующих показателей:

- **Показатель №1. Выявление изменяемых факторов риска ОИМ, включающее рутинное измерение артериального давления при посещении семейного врача у населения в возрасте старше 18 лет.**

Было выявлено, что **в профилактике на уровне ПМСП основной фокус направлен на контроль гипертонической болезни (ГБ), как одного из основных факторов риска.** Так, на первичном уровне артериальное давление измеряется у 72% населения старше 18 лет, вне зависимости от причины посещения врача (Кыргызское Интегрированное Обследование Домохозяйств - 2007 г.).

- **Показатель №2. Эффективный медикаментозный контроль повышенного артериального давления и консультирование о других факторах риска ОИМ**

**Фокус на ГБ оправдан, так как более 30% взрослого населения имеют повышенное артериальное давление. В то же время только 17% из них принимали препараты, снижающие давление в последние 24 часа. Одной из причин называлось то, что их врач рекомендовал принимать лекарства только в момент криза, а не на регулярной основе и**



ежедневно, как это рекомендуется в клинических руководствах. Другая причина связана с самим пациентом – «посчитал, что не надо». Это означает, что пациент не осознает важность принятия лекарств на регулярной основе и/или не доверяет назначенным препаратам. Несмотря на то, что ГБ является основным фактором риска, консультирование и контроль других факторов риска также является важным в профилактике ОИМ.

Однако было выявлено, что факторы риска, связанные с образом жизни (питание, контроль за весом тела, физические упражнения, курение и потребление алкоголя) остаются без должного внимания.

#### 4.2. Предоставление медицинской помощи больным с ОИМ на догоспитальном этапе

Лечение на догоспитальном этапе, проведенное в соответствии с клиническими руководствами, повышает вероятность успешного исхода ОИМ и характеризуется следующими 3 показателями:

- **Показатель №1. Своевременная госпитализация. Для лучшего исхода лечения, пациент должен быть госпитализирован как можно скорее, желательно в первые 2-12 часов от появления первых симптомов.**

Из четырех обследованных регионов, в Жалалабадской и Чуйской областях, в 61% случаев, пациенты были госпитализированы в первые 12 часов от появления симптомов. В то же время, в Нарынской области и городе Бишкек большинство пациентов госпитализируются позднее 12 часов, что составило 70% и 54% соответственно. Факт поздней госпитализации врачи в основном объясняют поздней обращаемостью, когда пациенты не осознают необходимости незамедлительной медицинской помощи а также увеличением атипичных форм ОИМ. Основными видами направлений на стационарное лечение в Кыргызстане являются скорая помощь, ГСВ/ЦСМ и самонаправление. Так, было выявлено, что в Бишкеке 63,8% пациентов поступили в стационар по скорой помощи, в Нарынской области – 34,6%, в Жалалабадской – 13,9% и в Чуйской - 11,1%.

- **Показатель №2. Проведение догоспитальной диагностики ОИМ (электрокардиограмма - ЭКГ) на скорой помощи.**

В городе Бишкек догоспитальная диагностика ОИМ (ЭКГ) проводится в 87% случаев из числа госпитализированных больных по скорой помощи. В регионах ситуация отличается от Бишкека. В Жалалабадской области ЭКГ проводится в 40%, в Чуйской только в 25% случаев. Это объясняется тем, что в регионах в структуре скорой медицинской помощи отсутствуют специализированные кардиобригады, недостаточно оборудования либо оно не используется, вследствие недостатка квалифицированных кадров.

- **Показатель №3. Применение неотложных лечебных мероприятий на скорой помощи, таких как назначение тромболитической терапии, аспирина, бета-блокаторов и наркотических анальгетиков.**

Неотложная помощь, соответствующая международным стандартам на догоспитальном этапе, предоставляется в основном в городе Бишкек. В Жалалабадской и Нарынской областях, в основном применяются препараты из группы нитратов, 60% и 22% соответственно. Следует отметить, что в настоящее время, препараты группы нитратов в международной практике не применяется так широко в связи с появлением других более эффективных препаратов. Однако такие препараты не назначаются в регионах на догоспитальном этапе в должном объеме.

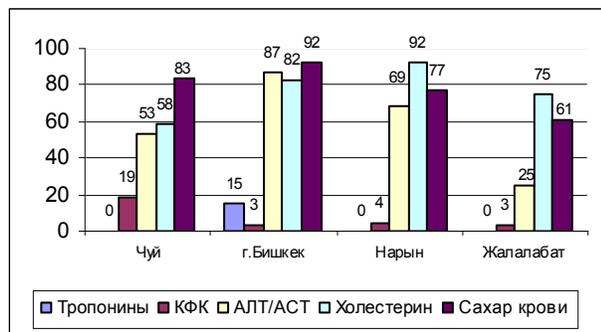
#### 4.3. Предоставление медицинской помощи больным с ОИМ на стационарном уровне

Основным фактором, определяющим прогноз ОИМ, является соответствующее ведение больного на этапе стационарного лечения. Во время нахождения пациента в стационаре, необходимо провести следующие мероприятия:

- **Показатель №1. Проведение диагностики на госпитальном этапе. Используются инструментальные – ЭКГ и лабораторные методы. К последним относятся определение «кардиальных» ферментов сыворотки крови, таких как тропонины, креатинфосфокиназа (КФК) и аминотрансминазы (АЛТ/АСТ). Кроме того, для выявления факторов риска необходимо определить уровень сахара и холестерина.**

**ЭКГ проводится практически в 100 % случаев во всех исследованных регионах.** Основным диагностическим тестом по всем регионам, является определение уровня аминотрансаминаз АЛТ/АСТ. Показатель проведения данного теста варьирует от 25% (Жалалабадская область) до 87% (г. Бишкек), Определение КФК используется в 3-4% случаев, за исключением Чуйской области, где этот показатель составляет 19% (рисунок 1). Определение тропонинов сыворотки крови, являющийся наиболее чувствительным тестом проводится только в городе Бишкек и составляет 15%.

**Рисунок 1.** Диагностические лабораторные тесты, выполняемые в стационаре



- Показатель №2. Лечение ОИМ основанное на принципах доказательной медицины, Применяются следующие группы препаратов: тромболитики (необходимо назначать в первые часы), антиагреганты, антикоагулянты, бета – блокаторы, ингибиторы АПФ и наркотические анальгетики для купирования болевого синдрома. Кроме того, современным методом лечения ОИМ является баллонная ангиопластика<sup>1</sup>.

**Подходы лечения, отраженные в кыргызских клинических руководствах, в целом, соответствуют международным стандартам. Однако, эти стандарты пока не нашли широкого распространения в повседневной практике.**

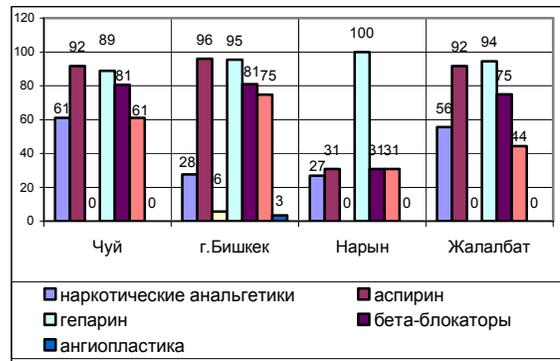
- Тромболитическая терапия назначается только в г. Бишкек и только в 6%. Низкий процент назначения тромболитической терапии объясняется поздним обращением пациентов

<sup>1</sup> Процедура, при которой в суженную часть сосуда вводится баллон, с последующим его заполнением и удалением. Это приводит к расширению просвета сосуда и восстановлению кровотока.

за помощью, когда показания уже отсутствуют. (введение тромболитиков рекомендуется начать в первые часы). Кроме того, ограничивающим фактором является относительная высокая стоимость препаратов данной группы.

- Наркотические анальгетики для купирования болевого синдрома назначаются во всех областях, но разница в назначениях между регионами значительная. Так, в Чуйской области, 61% пациентов получили болеутоляющее, в Жалалабадской - 56%, в г. Бишкек 28% и в Нарынской - 27%.
- Антиагрегантная терапия (аспирин) широко применяется во всех исследованных регионах и превышает 90%, кроме Нарынской области, где показатель составил 31%.
- Антикоагулянтная терапия (гепарин) в Нарынской области была проведена во всех случаях. Гепарин доказал свою эффективность, однако в настоящее время появились более эффективные препараты (тромболитики, аспирин, бета-блокаторы), которые в данной области применяются в небольшом количестве случаев.

**Рисунок 2.** Лечение ОИМ в стационарах (%)



Проведение баллонной ангиопластики, которая была недавно внедрена в г. Бишкек на третичном уровне в Национальном Центре Кардиологии и Терапии, составила 3%.

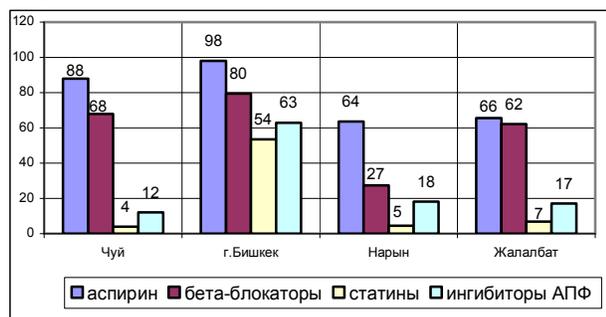
**4.4. Вторичная профилактика и реабилитация** Завершающим, и одним из самых важных этапов ведения больных с ОИМ является вторичная профилактика и реабилитация. Вторичная профилактика направлена на предупреждение повторного инфаркта и его осложнений.

- Показатель №1. Рекомендации при выписке из стационара по медикаментозному лечению на дому, включающему следующие группы препаратов: антиагреганты (аспирин), бета-блокаторы и ингибиторы АПФ.

### Принципы лекарственной терапии рекомендуемые после выписки из стационара сходны с принципами лечения в стационаре.

Было отмечено, что аспирин и препараты группы бета-блокаторов были рекомендованы большинству пациентов во всех областях, однако существуют значительная разница между регионами. Так, в г. Бишкек 98% пациентов получали аспирин и 80% - бета-блокаторы, в то время как в Нарынской области - 64% и 27% соответственно. Ингибиторы АПФ назначались в небольшом количестве случаев (рисунок 3). Относительно новая группа препаратов для снижения уровня холестерина – статины – рекомендуются во всех исследуемых регионах, но приверженность врачей к их назначению в г. Бишкеке выше в сравнении с другими регионами.

Рисунок 3. Рекомендации при выписке, %



- Показатель №2. Консультации по изменению образа жизни после перенесенного ОИМ, включающие рекомендации по здоровому питанию, физической активности, отказу от вредных привычек – курение, алкоголь и т.д.

Основные рекомендации врачей по образу жизни пациентов после ОИМ, касались здорового питания (78,5%) и физической активности (59,7%). Относительно других рекомендаций, только двум процентам пациентов было рекомендовано отказаться от вредных привычек. Следует, однако, отметить, что пациенты, принявшие участие в этом исследовании, сказали об изменении их образа

жизни и старании следовать назначениям врачей.

- Показатель №3. Проведение реабилитации для возвращения больного после ОИМ к полноценной жизни. Реабилитация включает в себя комплекс различных методов, таких как кинезиотерапия, психотерапия, физиотерапия, и т.д.

В настоящее время реабилитация больных после ОИМ проводится на уровне ПМСП, и в основном в городе Бишкек. Больные после выписки из стационара направляются в центр семейной медицины (ЦСМ) по месту жительства, где врачом кардиологом проводится реабилитация. Однако, доступность такой реабилитации не повсеместна. Так, в г. Бишкек подобная реабилитация проводится только на базе двух ЦСМ. В регионах реабилитация, предоставляемая медицинскими сотрудниками, практически отсутствует. Пациенты самостоятельно проводят реабилитацию используя опыт своих родственников, знакомых и других.

### 5. Заключение

Качество профилактической и лечебной помощи при ССЗ, и в частности при ОИМ, имеет значительные различия между регионами и характеризуется как сильными, так и слабыми сторонами. **Сильные стороны** профилактики и лечения включают:

- Профилактика в учреждениях первичного уровня сфокусирована на ГБ, и этот фокус оправдан из-за высокой распространенности повышенного артериального давления в Кыргызской Республике.
- Клиническое руководство по диагностике и лечению острого инфаркта миокарда соответствует международным стандартам.
- ЭКГ является основным методом диагностики ОИМ и проводится повсеместно во всех случаях.

**Слабые стороны** профилактики и лечения включают:

- Позднюю госпитализацию пациентов от появления первых симптомов в половине из обследованных областей;



- За исключением г. Бишкек, службы скорой помощи обеспечивают низкий охват и предоставляют недостаточный объем услуг пациентам с ОИМ;
- Отмечены значительные отличия в подходах к лечению и рекомендациях при выписке между регионами;
- Реабилитация больных перенесших острый инфаркт миокарда проводится не на должном уровне и представлена фрагментарными услугами.

## 6. Рекомендации

- **Усиление первичной профилактики ССЗ включающей разработку стратегий борьбы с факторами риска, в частности популяционная стратегия и стратегия «высокого риска» (ВОЗ).** Популяционная стратегия включает воздействие на уровне населения на образ жизни и факторы окружающей среды, их социальные и экономические предпосылки, которые являются причинами развития ОИМ. В связи с высоким уровнем заболеваемости гипертонической болезнью и низким уровнем ее контроля, популяционная стратегия должна фокусироваться на предоставлении информации о ГБ и ее лечении. *Стратегия «высокого риска»:* идентификация лиц с высоким риском развития ОИМ и проведение мероприятий по снижению уровня факторов риска. В связи с этим, одним из основных мероприятий должны быть - измерение артериального давления у большего количества населения, а также определения сахара и холестерина крови у лиц имеющих факторы риска (отягощенный семейный анамнез, ожирение и др.).
- **Дальнейшее усиление службы скорой помощи с целью увеличения охвата населения и объема услуг в диагностике и лечении на догоспитальном этапе.**
- **Повсеместное использование существующих клинических руководств с их регулярными пересмотрами и дополнениями.** Важной целью является сглаживание различий в лечении и вторичной профилактике, а также повышение приверженности врачей к следованию

клиническим руководствам. Необходимо расширить охват обучения специалистов и проводить регулярный мониторинг на предмет качества лечения и приверженности врачей к клиническим руководствам.

- **Разработать систему реабилитации для больных ОИМ включающую физическую, психологическую, и социальную реабилитацию с целью максимально скорого возвращения больного к полноценной жизни.**

---

Для получения более подробной информации и полного отчета по исследованию обращайтесь к сотрудникам ОАПЗ, ЦРЗ:

Нурдин Акунов по эл. почте

[nurdin@manas.elcat.kg](mailto:nurdin@manas.elcat.kg)

Бактыгуль Акказиева по эл. почте

[baktygul@manas.elcat.kg](mailto:baktygul@manas.elcat.kg)

Мелитта Якаб, Советник по вопросам политики здравоохранения, ВОЗ/DFID, по эл. почте:

[mjakab@elcat.kg](mailto:mjakab@elcat.kg)