

УДК 616.127-005.8-089.5.036(477.84)

АНАЛІЗ МЕДИЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ХІРУРГІЧНОГО МЕТОДУ  
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА (за даними  
Тернопільської області)

*Теренда Н.О., Сатурська Г.С., Панчишин Н.Я., Литвинова О.Н.,  
Смірнова В.Л., Петрашик Ю.М., Ліштаба Л.В., Романюк Л.М.,  
Федчишин Н.Є.,*

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені  
І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Інфаркт міокарду (ІМ) протягом останніх десятиліть залишається однією із складних патологій серцево-судинної системи. Його поширеність в Україні зросла у 2015 р. порівняно із 1996 р. на 100,4 % з тенденцією до збільшення до 2025 року на 15,4 %.

Останнім часом поряд із традиційним медикаментозним лікуванням ІМ інтервенційні методи набувають все більшого поширення. За даними багатьох досліджень стентування коронарних артерій (СКА) є найменш травматичним методом інтервенційного лікування ішемічної хвороби серця та найефективнішою модифікацією ангіопластики.

**Мета** нашого дослідження – визначити медичну ефективність проведення СКА у хворих ІМ.

**Матеріали і методи.** В дослідженні використано дані з медичних карт стаціонарного хворого 267 пацієнтів з ІМ, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в Тернопільській комунальній міській лікарні (ТКМЛ) №2. Використано методи: вкопіювання даних, статистичний, аналітичний.

**Результати дослідження.** З вересня 2015 року функціонує відділення серцево-судинної та рентгеноендоваскулярної хірургії з рентген операційним блоком на 10 ліжок, в якому успішно проводять СКА з балонною ангіопластиком (БАП) хворим ІМ. Дану методику лікування проводять як жителям м. Тернополь, так і з інших населених пунктів Тернопільської області. Покази до проведення хірургічної методики лікування розроблені та

рекомендовані в Уніфікованих клінічних протоколах надання медичної допомоги пацієнтам з гострим коронарним синдром з елевацією (та без елевації) сегменту ST.

Для оцінки ефективності інтервенційних втручань було проведено поділ пацієнтів на дві групи: хворі, яким проводили СКА з БАП (перша група) та пацієнти з ІМ, яким проводили традиційне лікування (друга група). Пацієнти другої групи були достовірно старші, ніж пацієнти першої групи (відповідно  $67,2 \pm 1,1$  та  $60,7 \pm 0,75$  років,  $p < 0,001$ ). Традиційно у кожній групі чоловіків було більше, ніж жінок.

Всі пацієнти були обстежені відповідно до протоколів та стандартів надання медичної допомоги клініко-лабораторно, інструментально.

Встановлено, що хворі ІМ, яким проводили СКА, (перша група) найчастіше доставлялися в лікувальний заклад бригадою ЕМД або за направленнями лікарів-кардіологів Тернопільської університетської лікарні у випадках ускладненого перебігу ІМ або районних лікарень (згідно Уніфікованого клінічного протоколу).

Пацієнти з ІМ, яким призначали традиційне лікування, направлялися на стаціонарне лікування переважно бригади ЕМД та лікарями амбулаторно-поліклінічних закладів.

За даними низки досліджень ІМ часто є наслідком несприятливого перебігу гіпертонічної хвороби (ГХ). В нашому дослідженні виявлено, що у пацієнтів з ІМ, яким проводили СКА, ГХ спостерігалася у 75,1 % випадків, у пацієнтів, які отримували традиційне лікування, – у 84,0 %. Ангіопатія сітківки обох очей, як одна із ознак глибокого судинного ураження, спостерігалася відповідно у 24,9 % та 25,5 % осіб.

Цукровий діабет II типу як супутня патологія при ІМ, що спричиняє ускладнений перебіг хвороби, зустрічався у 19,1 % хворих першої групи та у 33,0 % другої.

Одним із критеріїв медичної ефективності лікування хворих є середня тривалість перебування пацієнта на стаціонарному лікуванні. Вона свідчить

про ефективність та своєчасність діагностичного процесу, якість надання медичної послуги, високу кваліфікацію медичного персоналу.

При порівнянні даного показника у двох досліджуваних групах виявлено, що середня тривалість перебування пацієнта в БРІТ достовірно не відрізнялася, і, навіть, для пацієнтів, яким провели СКА, була дещо більшою. Проте середня тривалість перебування пацієнта на стаціонарному лікуванні в першій групі була достовірно меншою.

Ще одним критерієм ефективності лікування є руховий режим пацієнтів. Після лікування в кардіологічному відділенні хворі освоїли ходьбу на певну відстань по коридору. Так, пацієнти першої групи змогли ходити на відстань в межах 500-2000 м ( $878,6 \pm 53,33$  м), що достовірно більше, ніж у пацієнтів другої групи з руховим режимом 300-1000 м ( $591,5 \pm 34,67$  м) ( $p < 0,001$ ). Реакція на фізичне навантаження у всіх хворих була адекватна.

Отримані дані свідчать про те, що в групу хворих ІМ, яким проводили СКА, увійшли пацієнти дещо молодшого віку, але з важчим перебігом (у них достовірно частіше розвивався трансмуральний ІМ). Проте у хворих першої групи достатньо ефективніше проходило надання лікувальної допомоги та медичної реабілітації, про що свідчать такі показники, як середня тривалість перебування пацієнта на стаціонарному лікуванні та руховий режим.

**Висновок.** У пацієнтів з ІМ, яким проводили СКА, на відміну від пацієнтів з ІМ, які отримували традиційне лікування, кращі показники медичної ефективності лікувальної допомоги. Так, у них відмічається достовірно менша середня тривалість перебування пацієнта на стаціонарному лікуванні при достовірно більшому розширенні рухового режиму.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у аналізі соціальної та економічної ефективності впровадження СКА при ІМ.