

მიოკარდიუმის ინფარქტით პაციენტთა ჰოსპიტალიზაციის დროულობა

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის სრული პროფესორი

რევაზ ჯორბენაძე - მედიცინის აკადემიური დოქტორი. აკად. გ. ჩაფიძის სახელობის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის დირექტორი.

თამარ ქაცანაშვილი - ჯანდაცვის მოწინავე სისტემების ბიუროს სპეციალისტი

აბსტრაქტი

შესავალი: დაავადების დროული გამოკვლევისა და სათანადო სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარებისას, უმრავლეს შემთხვევაში, შესაძლებელია მდგომარეობის გაუმჯობესება და შესაბამისად დადებითი გამოსავალი. აქედან გამომდინარე, ავადმყოფებისთვის სამედიცინო დახმარების ორგანიზაციის სრულყოფა არის ჯანდაცვის სისტემის უმთავრესი ამოცანა და ამ მიმართულებით განხორციელებული კვლევები ხელს შეუწყობს სიკვდილიანობის შემცირებას. კვლევის მიზანია მიოკარდიუმის ინფარქტით ავადმყოფთა პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე მკურნალობის დროულობის, ასევე ამ ეტაპზე თვითდახმარების მოცულობასა და ხასიათზე მათი ინფორმირებულობის, სასწრაფო სამედიცინო დახმარებაზე გვიანი მიმართვიანობის მიზეზების შესწავლა. **მეთოდოლოგია:** რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა ბენეფიციართა გამოკითხვა პირისპირ ინტერვიუების მეთოდით სპეციალური სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით. **შედეგები:** კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ მიოკარდიუმის ინფარქტით ავადმყოფთა უმრავლესობა პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე არ ატარებდა სათანადო თვითდახმარებას, ხოლო ექიმს მიმართავდნენ დაგვიანებით დაავადების პირველი სიმპტომებიდან დაახლოებით 12 საათის შემდეგ. პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმპტომების წარმოშობიდან 1 საათის განმავლობაში მედიკამენტები მიიღო, ასევე სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა გამოიძახა გამოკითხულთა მცირე რაოდენობამ. დაბალია პაციენტების ინფორმაციულობა დაავადების ძირითადი სიმპტომების,

თვითდახმარების ზომების და სასწრაფო დახმარების დროული გამოძახების მნიშვნელობის შესახებ. შესაბამისად, მხოლოდ მცირე ნაწილი იქნა ჰოსპიტალიზებული დაავადების პირველ საათებში. მაშინ როდესაც ინფორმირებული პაციენტების უმრავლესობა ჰოსპიტალიზებულ იქნა დაავადების პირველ საათებში. პაციენტების უმრავლესობის აზრით, არ ხდება ოჯახის ექიმების მიერ მათზე დინამიური უწყვეტი მეთვალყურეობა. არც სპეციალისტების და არც ოჯახის ექიმების მხრიდან არ ტარდება ინფორმირებულობის ამაღლება დაავადების ძირითადი სიმპტომების, თვითდახმარების ზომების და სასწრაფო დახმარების დროული გამოძახების მნიშვნელობის შესახებ. **დისკუსია, ინტერპრეტაცია:** დაავადების მიმდინარეობა და მისი შედეგები დამოკიდებულია გაწეული თვითდახმარების ხარისხზე და მის დროულობაზე, პაციენტის ინფორმირებულობაზე, ოჯახის ექიმის უწყვეტ სამედიცინო მეთვალყურეობაზე. დროულად გაწეული სამედიცინო დახმარება ხელს უწყობს სერიოზული გართულებების შემცირებას. სამედიცინო დახმარებაზე დაგვიანებით მიმართვის უმთავრესი მიზეზია პაციენტების დაბალი ინფორმაციულობა, ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის დაბალი განვითარება, რაც უარყოფითად ზემოქმედებს მოსახლეობის უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობაზე, დაავადების შესახებ მათ ინფორმირებულობაზე. **დასკვნა, რეკომენდაციები:** მიოკარდიუმის ინფარქტის მკურნალობის მაქსიმალური ეფექტურობა შესაძლებელია მხოლოდ სამედიცინო დახმარებაზე დროული მიმართვის და ექიმის მოსვლამდე პაციენტების ან მათი ახლობლების კომპეტენტური ქმედებების შედეგად. ამისათვის მიზანშეწონილია ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარება ქვეყნის მასშტაბით, რომელიც ხელს შეუწყობს პაციენტზე უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობის ჩატარებას, დაავადების ძირითადი სიმპტომების, თვითდახმარების ზომების და სასწრაფო დახმარების დროული გამოძახების მნიშვნელობის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის ამაღლებას.

Timeliness hospitalization of patients with Myocardial infarction

Tengiz Verulava, Tamar Katsanashvili

Abstract

Background: Timely examination and proper treatment of diseases, in most cases, it is possible to improve the conditions and accordingly positive solution. Therefore, the improvement of medical care for patients and health care system in the direction of the main objectives of the research will contribute to the reduction of mortality. Pre-hospital treatment of patients with myocardial infarction study aims at timeliness, as well as the size and nature of their awareness of self-help at this point, and the reason of late appeal to the ambulance. **Methodology:** Quantitative research was carried out under the direct interview method with a structured questionnaire survey of beneficiaries. **Results:** The study revealed that the majority of pre-hospital stage myocardial infarction in patients were not carrying the proper self-help, and they appeal to the doctor 12 hours later from revealing the first symptom. Among patients who had a history of coronary artery disease, in case of occurring symptoms of myocardial infarction received medicine within 1 hour, as well as a small number of respondents called for an ambulance. There is a low awareness in patients of the main symptoms of disease, low self-help measurement and the importance of timely calls the ambulance. Therefore, only a small number have been hospitalized with this disease in the first hours. While the majority of informed patients were hospitalized in the first hours. According to the majority of patients, family doctors do not supervise dynamically. Neither specialists, nor family doctors inform about the importance of diseases symptoms, self-help measures and the importance of emergency timely calls. **Discussion, interpretation:** Disease course and the results are dependent on the self-help quality, timeliness, informing patients and continue doctor supervision. The timely assistance can prevent from serious medical complications. The main cause of the delay in addressing the medical care for patients are with low awareness, low development of the family doctor, which will negatively impact the continuous medical supervision, their awareness about the disease. **Conclusions and recommendations:** the maximum efficiency can only aid in the treatment of myocardial infarction in a timely referral of patients or their relatives and doctors to come up as a result of competent actions. To do this, the family doctor institute should be developed in the country scale, which will help the patient to conduct continuous medical supervision, the main symptoms of the disease, self-help measures and timely emergency call about the importance of public awareness.

შესავალი

მიოკარდიუმის ინფარქტის ადგილი სისხლისმიმოქცევის სისტემის დაავადებათა ეპიდემიოლოგიაში.

2013 წლის სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, საქართველოში დაავადებათა რეგისტრირებული შემთხვევების დაპრევალენტობისმხრივ სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებებს მეორე ადგილი უკავია (17.4%) სასუნთქი სისტემის დაავადებების შემდეგ (21.3%)¹.

ცხრილი: სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა შემთხვევების რაოდენობა, პრევალენტობა, საქართველო, 2013.

| | სულ | | | სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფები | | |
|------|----------------------------|--------------|-----|---|--------------|------|
| | რეგისტრირებული შემთხვევები | პრევალენტობა | % | რეგისტრირებული შემთხვევები | პრევალენტობა | % |
| 2013 | 3060289 | 68200.4 | 100 | 532995 | 11878.1 | 17.4 |

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2013. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2014. გვ. 111.

საქართველოში 2013 წელს აღინიშნა სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების ახალი შემთხვევების და რეგისტრირებული შემთხვევების რაოდენობის მკვეთრი მატება, რაც სავარაუდოდ, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლე ბენეფიციართა რაოდენობის ზრდასთან არის დაკავშირებული².

ცხრილი: სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებათა ახალი შემთხვევების რაოდენობა და ინციდენტობა, საქართველო 2013 წ.

| | სულ | | | სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფები | | |
|------|-------------------|-------------|-----|---|-------------|------|
| | ახალი შემთხვევები | ინციდენტობა | % | ახალი შემთხვევები | ინციდენტობა | % |
| 2013 | 1795399 | 40011.6 | 100 | 196348 | 4375.7 | 11.0 |

ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2013. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2014. გვ. 112

¹ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2013. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2014. გვ. 111.

²იქვე. გვ. 32.

ცხრილი: სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების გავრცელება, საქართველო, 2004 – 2013

| | წლის ბოლოს რეგისტრირებული შემთხვევები | პრევალენტობა 100000 მოსახლეზე | ახალი შემთხვევები | ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე |
|------|---------------------------------------|-------------------------------|-------------------|------------------------------|
| 2004 | 235429 | 5385.5 | 70648 | 1616.1 |
| 2005 | 256981 | 5892.2 | 82533 | 1888.0 |
| 2006 | 282701 | 6427.9 | 83166 | 1891.0 |
| 2007 | 288964 | 6584.6 | 71198 | 1622.4 |
| 2008 | 306573 | 6993.3 | 74379 | 1696.7 |
| 2009 | 326421 | 7400.3 | 96038 | 2177.3 |
| 2010 | 337651 | 7582.9 | 98193 | 2205.2 |
| 2011 | 363488 | 8107.4 | 103466 | 2307.7 |
| 2012 | 355657 | 7919.9 | 133411 | 2970.8 |
| 2013 | 425232 | 9476.6 | 196348 | 4375.7 |

ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2013. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2014. გვ. 161.

ცხრილი: სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების გავრცელებაზოგიერთი ნოზოლოგიის მიხედვით, საქართველო, 2007– 2013.

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2013 |
|---------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| პრევალენტობა 100000 მოსახლეზე | 6584.6 | 6993.3 | 7400.3 | 7582.9 | 8107.4 | 9476.6 |
| ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე | 1622.4 | 1696.7 | 2177.3 | 2205.2 | 2307.7 | 4375.7 |
| მათ შორის: | | | | | | |
| გულის რევმატული ავადმყოფობა | | | | | | |
| პრევალენტობა 100000 მოსახლეზე | 351.8 | 341.7 | 314.0 | 289.2 | 262.0 | 207.8 |
| ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე | 87.4 | 72.9 | 76.9 | 124.3 | 76.9 | 82.3 |
| ჰიპერტენზიული ავადმყოფობა | | | | | | |
| პრევალენტობა 100000 მოსახლეზე | 3441.4 | 3719.8 | 4088.3 | 4335.9 | 4733.2 | 6074.6 |
| ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე | 803.5 | 814.0 | 1109.4 | 1182.5 | 1267.3 | 2889.5 |
| გულის იშემიური ავადმყოფობა | | | | | | |
| პრევალენტობა 100000 მოსახლეზე | 1868.7 | 1951.9 | 1981.8 | 1993.7 | 2080.3 | 1975.9 |
| ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე | 427.5 | 429.8 | 521.6 | 558.5 | 614.0 | 755.3 |
| ცერებროვასკულური ავადმყოფობები | | | | | | |
| პრევალენტობა 100000 მოსახლეზე | 274.0 | 281.2 | 316.8 | 333.7 | 346.0 | 339.4 |
| ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე | 88.2 | 101.3 | 123.9 | 112.7 | 106.3 | 138.0 |

ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2013. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2014. გვ. 161.

2013 წლის მონაცემებით, სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების სტრუქტურაში 64.1% ჰიპერტენზიულ ავადმყოფობაზე მოდიოდა (პრევალენტობა – 6074.6, ინციდენტობა – 2889.5), 21.4% - გულის იშემიურ ავადმყოფობებზე (პრევალენტობა - 1975.9, ინციდენტობა – 755.8), 3.6% - ცერებროვასკულურ ავადმყოფობებზე (პრევალენტობა – 339.4 ინციდენტობა – 138.0)¹.

ცხრილი: სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების სტრუქტურა, საქართველო, 2013².

| | რეგისტრირებულია წლის ბოლოს | | ახალი შემთხვევები | |
|---|----------------------------|------|-------------------|------|
| | რაოდენობა | % | რაოდენობა | % |
| სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობები | 425232 | 100 | 196348 | 100 |
| მწვავე რევმატული ცხელება | 1837 | 0.4 | 1606 | 0.8 |
| გულის ქრონიკული რევმატული დაზიანება | 7487 | 1.8 | 2089 | 1.1 |
| ჰიპერტენზიული ავადმყოფობა | 272580 | 64.1 | 129667 | 66 |
| გულის იშემიური ავადმყოფობა | 88662 | 20.9 | 33894 | 17.3 |
| ფილტვში სისხლის მიმოქცევის მოშლა და ფილტვისმიერი გული | 1676 | 0.4 | 996 | 0.5 |
| ცერებროვასკულარული ავადმყოფები | 15230 | 3.6 | 6192 | 3.2 |
| არტერიების, არტერიოლების და კაპილარების ავადმყოფობები | 4990 | 1.2 | 2363 | 1.2 |
| სისხლის მიმოქცევის სისტემის სვა ავადმყოფობები | 19932 | 4.7 | 9803 | 5.0 |

2013 წლის მონაცემებით, გულის იშემიური ავადმყოფობებიდან 38.4% სტენოკარდიაზე მოდის, 2.9% - მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტზე.

¹ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2013. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2014. გვ. 33.

²იქვე. გვ. 162

ცხრილი: გულის იშემიური ავადმყოფობის სტრუქტურა, საქართველო, 2013¹

| | რეგისტრირებულია წლისბოლოს | | ახალი შემთხვევები | |
|--|---------------------------|------|-------------------|------|
| | რაოდენობა | % | რაოდენობა | % |
| გულის იშემიური ავადმყოფობა | 88662 | 100 | 33894 | 100 |
| მათ შორის: | | | | |
| სტენოკარდია | 34030 | 38.4 | 16716 | 49.3 |
| მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი | 2601 | 2.9 | 2364 | 7 |
| გულის სხვა მწვავე იშემიური ავადმყოფობა | 9655 | 10.9 | 4778 | 14.1 |
| გულის სხვა იშემიური ავადმყოფობა | 42376 | 47.8 | 10036 | 29.6 |

სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობებით ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი ზრდის დინამიკით ხასიათდება. ჰოსპიტალიზაციის დონე 100000 მოსახლეზე 1341.0-ს შეადგენდა, რაც თითქმის 3-ჯერ ნაკლები იყო დსთ-ს და ევროკავშირის ქვეყნებისბოლო ხელმისაწვდომ მონაცემებთან შედარებით².

ცხრილი: მოსახლეობის სტაციონარული მომსახურება, სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფები, საქართველო 2013 წ.

| | სულ | | | სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფები | | |
|------|----------------------|-----------------------|----------|---|-----------------------|----------|
| | სტაციონარიდან გავიდა | მათ შორის გარდაიცვალა | ლეტალობა | სტაციონარიდან გავიდა | მათ შორის გარდაიცვალა | ლეტალობა |
| 2013 | 383741 | 8967 | 2.3 % | 60172 (15.7%) | 3567 | 5.9 |

ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2013. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2014.

2013 წელს საქართველოში მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის ინციდენტობა 2.8%-ით შემცირდა ჰოსპიტალიზაციის ზრდის ფონზე (ინციდენტობის მაჩვენებელი – 52.7; ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი – 163.9)³. 2013 წელს მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის დიაგნოზით ჰოსპიტალიზებულ იქნა 7355 პაციენტი, მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით ლეტალობის მაჩვენებელი შემცირდა 8.5%-ით და 7.1% შეადგინა; მიოკარდიუმის განმეორებითი ინფარქტით ლეტალობა 3.4%-ს შეადგენდა⁴.

¹ ¹ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2013. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2014. გვ. 163

² იქვე. გვ. 33.

³ იქვე. გვ. 35

⁴ იქვე. გვ. 35

ცხრილი: სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობები, სტაციონარული მომსახურება, საქართველო. 2013 წ.

| სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობები | გასული ავადმყოფები | მათ შორის ბავშვები | ლეტალობა % |
|--|--------------------|--------------------|------------|
| სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობები | 60172 | 246 | 5.9 |
| მათ შორის: | | | |
| მწვავე რევმატული ცხელება | 22 | 8 | 0 |
| <i>მათ შორის: მწვავე რევმატული ცხელება გულის დაზიანებით</i> | 17 | 8 | 0 |
| გულის ქრონიკული რევმატული დაზიანებები | 265 | 4 | 2.6 |
| ჰიპერტენზიული ავადმყოფობა | 3874 | 2 | 0.9 |
| გულის იშემიური ავადმყოფობა | 25096 | 0 | 3.2 |
| <i>მათ შორის: სტენოკარდია</i> | 13672 | 0 | 0.4 |
| მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი | 7355 | 0 | 7.1 |
| <i>მიოკარდიუმის განმეორებითი ინფარქტი</i> | 494 | 0 | 3.4 |
| <i>გულის სხვა მწვავე იშემიური ავადმყოფობა</i> | 588 | 0 | 21.6 |
| <i>გულის ქრონიკული იშემიური ავადმყოფობა</i> | 2987 | 0 | 2.7 |
| ფილტვისმიერი გული და სისხლის მიმოქცევის მცირე წრის დარღვევები | 483 | 0 | 17.8 |
| ცერებროვასკულარული ავადმყოფები | 8680 | 7 | 17.9 |
| <i>მათ შორის სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევა</i> | 483 | 0 | 21.3 |
| <i>სხვა ინტრაცერებრული და ინტრაკრანიალური სისხლჩაქცევები</i> | 1745 | 5 | 31.2 |
| <i>თავის ტვინის ინფარქტი</i> | 4393 | 0 | 17.0 |
| <i>პრეცერებრული და ცერებრული არტერიების ოკლუზია და სტენოზი, რომელთა შედეგად არ ვითარდება თავის ტვინის ინფარქტი</i> | 513 | 0 | 8.2 |
| <i>სხვა ცერებროვასკულარული ავადმყოფობები</i> | 460 | 2 | 5.9 |

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2013. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2014. გვ. 164.

ქვეყნის მოსახლეობის საერთო სიკვდილიანობის სტრუქტურაში სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები იკავებან წამყვან ადგილს. სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზების მიხედვით, სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფებს უკავია პირველი ადგილი და 100000 მოსახლეზე შეადგენს 416.6-ს¹.

ცხრილი: სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფთა სიკვდილიანობის რაოდენობა და მაჩვენებელი (100000 მოსახლეზე), საქართველო, 2012-2013 წწ.

| | სულ გარდაცვლილი | | სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფები | |
|------|-----------------|-------------|---|-------------|
| | რაოდენობა | მაჩვენებელი | რაოდენობა | მაჩვენებელი |
| 2012 | 49348 | 1098.9 | 20002 | 445.4 |
| 2013 | 48553 | 1082 | 18693 | 416.6 |

ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2013. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2014. გვ. 87.

გულის იშემიური ავადმყოფობები სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობათა სტრუქტურაში მეორე ადგილს იკავებს და შემთხვევათა რაოდენობის 20.9%-ს შეადგენს². 2013 წელს დაფიქსირდა გულის იშემიური ავადმყოფობების ინციდენტობის ზრდა (მაჩვენებელი – 755.3), რაც დაკავშირებულია სტენოკარდიის ინციდენტობის ზრდასთან (14%-ით)³.

ჯანდაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციის მონაცემებით, 1990 წ. სიკვდილის 10912000 შემთხვევიდან 2695000 ავადმყოფი დაიღუპა გულის იშემიური დაავადებით (25%). განვითარებად ქვეყნებში, იმავე წელს, მიოკარდიუმის ინფარქტით დაიღუპა 3565000 ავადმყოფი. ამერიკის შეერთებულ შტატებში ყოველწლიურად მიოკარდიუმის ინფარქტის სიხშირე აღწევს 1,5 მილიონს და აქედან ყოველწლიური სიკვდილიანობა შეადგენს 520000-ს⁴.

¹ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2013. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2014. გვ. 87.

²იქვე, გვ. 34

³იქვე, გვ. 34

⁴ Behar S., Goldbourt U., Reicher-Reiss H., Kaplinski E. Prognosis of acute myocardial infarction complicated by primary ventricular fibrillation. Amer. J. Cardiol. 1990, 66, 7, C. 1208-1211

მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს სამედიცინო მომსახურების დროულად გაწევის გავლენა დაავადების გამოსავალზე

გულის შეტევის დროს ბევრი კარგავს ძვირფას დროს, რადგან ვერ აცნობიერებს სიმპტომების მნიშვნელობას და დროულად არ მიმართავს ექიმს. ამ დროს, ექიმთან დროულად მიმართვა ზრდის გადარჩენის შანსს.

მრავალი კვლევები ადასტურებენ, რომ პაციენტთა უმრავლესობა იღუპება წინა ჰოსპიტალურ ეტაპზე, ექიმის მოსვლამდე, შეტევის დაწყებიდან პირველ საათში. კვლევების მიხედვით, გულის ინფარქტით პაციენტის სტაციონარში მიმართვის საშუალო დრო შეადგენს 28.5 საათს¹. ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარების დაწყების მომენტიდან პირველ სამ საათში სტაციონარს მიმართავენ მხოლოდ 10-15 % პაციენტები, პირველ 6 საათს - 20-25 %, ხოლო დანარჩენი 75-80% 12-24 საათის შემდეგ; მხოლოდ ერთეულებმა ჩაიტარეს დროული, სწორი და სრული მოცულობის თვითდახმარება, და მხოლოდ 3% პაციენტებმა დროულად მიმართეს სამედიცინო დახმარებას². სხვა კვლევის მიხედვით, ბინაზე, ექიმის მოსვლამდე გარდაიცვალნენ 54.3% მამაკაცები და 61.6% ქალები, სამუშაო ადგილზე შესაბამისად - 8.2% და 6.5%, ქუჩაში 11.8% და 5%, სტაციონარში - 20% და 30%³.

მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარებისას გადამწყვეტი როლი ენიჭება სამედიცინო მომსახურების გაწევას. ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარების პირველი 4 საათის განმავლობაში ასპირინის გამოყენებით მკურნალობის დაწყებისას გამოვლენილ იქნა სიკვდილიანობის შემცირება 25%-ით, მასთან ერთად სტრუქტოკინაზის ინტრავენური შეყვანის შედეგად 53%-ით, ხოლო სტრუქტოკინაზას მონოთერაპიის შედეგად - 35%-ით⁴. ამასთან, მწვავე კორონარული სინდრომით პაციენტების მიერ ასპირინის გამოყენება ამცირებს ტრანსმურალური

¹Терещенко С.Н. Инфаркт миокарда в реальной клинической практике. //Пленум (приложение к журналу «Сердце»№4 (13)). - 2007. - С.7-8.

²Ипатов П.В., Ключев В.М., Ардашев В.Н. Проблема неотложной само- и взаимопомощи при сердечно-сосудистых заболеваниях и пути ее решения. //Кардиология. 2005. - №3. - С.95-99

³Гафаров В.В., Благинина М.Ю. Смертность от острого инфаркта миокарда (эпидемиологическое исследование на основе программ ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда», МОНИКА) // Кардиология.2005. -№5. -С.49-51

⁴Ключев В.М., Ардашев В.Н., Брюховецкий А.Г., Михеев А.А. Ишемическая болезнь сердца. Современная стратегия, тактика терапевта и хирурга. М.: Медицина, 2004. - 360с.

მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარების რისკს პირველი 48 საათის განმავლობაში 71%-ით¹.

სამედიცინო მომსახურების ტრადიციულ სახეებთან ერთად, ფართოდ გამოიყენება მაღალტექნოლოგიური მეთოდები, როგორცაა კორონარული ანგიოპლასტიკა, კორონარული სისხლძარღვების სტენტირება, აორტო-კორონარული შუნტირება. 2013 წელს საქართველოში გაკეთდა 1355 კორონარული შუნტირება, 4923 კორონარული არტერიების ანგიოპლასტიკა². წლიდან წლამდე იზრდება აღნიშნული ოპერაციების რაოდენობა, რაც ხელს შეუწყობს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებებით გარდაცვალების შემცირებას.

შემუშავებულია მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის მკურნალობის სქემები, რომლებიც მოიცავენ თრომბოლიზურ, ანტიკოაგულაციურ თერაპიას (ადრენობლოკატორები, ნიტრატები, მეტაბოლური თერაპია). ინფარქტდამოკიდებულ კორონარულ არტერიაში სისხლის ნაკადის აღდგენის შედეგად მექანიკური ან ფარმაკოლოგიური მეთოდით შესაძლებელია მიოკარდიუმის ინფარქტით ავადმყოფთა ნეკროზის ფართობის შემცირება, რაც შემდგომ ხელს უწყობს მისი ფუნქციური მდგომარეობის გაუმჯობესებას, ჰოსპიტალური ლეტალობისა და დაინვალიდობის შემცირებას^{3,4,5}.

დაავადების ადრეულ ეტაპზე გადაუდებელი კორონარული მანიპულაციების ჩატარების შესაძლებლობა ხელს უწყობს საკმარისი მოცულობის სისხლის შემოდინებას ინფარქტიან კორონარულ არტერიებში, ნეკროზის ფართობის

¹Клюжев В.М., Ардашев В.Н., Брюховецкий А.Г., Михеев А.А. Ишемическая болезнь сердца. Современная стратегия, тактика терапевта и хирурга. М.: Медицина, 2004. - 360с.

²ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2013. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2014. გვ. 165.

³TheGUSTOAngiographicInvestigators. The effects of tissue plasminogen activator, streptokinase, or both, on coronary artery patency, ventricular function and survival after acute myocardial infarction //New Engl. J. Med. - 1993. - Vol. 329. -P. 1615-1622.

⁴Ridker P.M., Marder V.J., Henneke C.H. Large-scale trials of thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: GISSI-2, ISIS-3 and GUSTO-I // Ann. Intern. Med. - 1993. - Vol. 119. - P. 530-532

⁵Пархоменко А.Н., Соколов Ю.Н., Иркин О.И. и др. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST: новые возможности восстановления коронарной и тканевой перфузии. [Электронный ресурс]: Доступ: http://www.rql.kiev.ua/cardio_j/2004/1/parkhomenko.htm

შემოზღუდვას, ხოლო შემდგომ ხელსუშლის დილატაციის და მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციის განვითარებას^{1,2}.

ბოლო წლებში ჩატარებული კვლევების მიხედვით, რომლებიც ეხებოდა მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს თრომბოლიზური თერაპიის და პირველადი პერკუტანული კორონარული ანგიოპლასტიკისა და სტენტირების ეფექტურობის ანალიზს, კორონარული სისხლის მიმოქცევის ფარმაცოლოგიური და ქირურგიული აღდგენის შედეგებისას მიღებულ იქნა დასკვნა, რომ აუცილებელია კორონარული სისხლის მიმოქცევის რაც შეიძლება მალე აღდგენა ნებისმიერი ხელმისაწვდომი საშუალებით³.

ჩატარებული კვლევები ადასტურებენ, რომ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამოძახება უმრავლეს შემთხვევაში ხდება მინიმუმ 1.5-2 საათით დაგვიანებით, ხოლო ტკივილიდან სამედიცინო ჩარევამდე დროის ინტერვალი საშუალოდ 2-4 საათი გრძელდება⁴.

ავსტრიაში შესწავლილ იქნა წინა ჰოსპიტალურ ეტაპზე მიოკარდიუმის ინფარქტით ავადმყოფთა ქცევა, რის შედეგად დადგინდა, რომ პაციენტები ცდილობდნენ დამოუკიდებლად ჩატარებინათ მკურნალობა საშუალოდ 7-14 საათის განმავლობაში, დამატებით 11.1-15.7 საათი იქნა დახარჯული სხვა ღონისძიებებზე, ამასთან 35%, რომლებმაც ექიმს მიმართეს დასახმარებლად, დიაგნოსტიკურ ღონისძიებებზე დახარჯეს 10.9-12.6 სთ.ამასთან, პაციენტების 24% დაავადების დაწყებიდან 12 საათის შემდეგ ჯერ კიდევ არ იყო ჰოსპიტალიზებული. საავადმყოფოში პირდაპირი ტრანსპორტირების შემთხვევაში მიოკარდიუმის ინფარქტის წინა ჰოსპიტალური ეტაპი 3 საათზე ნაკლები შეადგინა პაციენტთა 94%-თვის, მედიკამენტოზური თვითმკურნალობის შემთხვევაში - მხოლოდ 44%-თვის, ხოლო არამედიკამენტოზური თვითმკურნალობის შემთხვევაში - 4%. შესაბამისად,

¹Simoons M.L., Arnold A.E., Betriu A. et al. Thrombolysis with tissue plasminogen activator in acute myocardial infarction: no additional benefit from immediate percutaneous coronary angioplasty // Lancet. — 1988. - Vol. 1. — P. 197-203

²Brodie B.R., Stuckey T.D., Hansen Ch., Muncy D. Benefit of coronary reperfusion before intervention on outcomes after primary angioplasty for acute myocardial infarction // Amer. J. Cardiology. - 2000. - Vol. 85. - P. 13-18

³Aschermann M., Widimsky P. I have an acute myocardial infarction: open my coronary artery, stent it and keep full flow! // Eur. HeartJ. — 2002. — Vol. 23. — P. 913-916

⁴Оганов Р.Г. , Масленникова Г.Я. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. // Кардиология.-2007.- №1.-С4-7

ბოლო ორ შემთხვევაში იგი გრძელდებოდა 3-დან 12 საათის განმავლობაში 36% და 48%-ში, 12 საათზე მეტი - 20% და 48%-ში¹.

კვლევების მიხედვით დადგინდა, რომ მიოკარდიუმის ინფარქტით დაგვიანებული ჰოსპიტალიზაციის მთავარ მიზეზებს წარმოადგენენ პაციენტების გვიანი მიმართვიანობა და მიოკარდიუმის ინფარქტის საექიმო ჰიპოდიაგნოსტიკა², გამოხატული ტკივილის სინდრომის არარსებობა, მიოკარდიუმის ინფარქტის ატიპიური მიმდინარეობა³.

განსაკუთრებით აქტუალურია მკურნალობის სტაბილიზაციის შემდგომ ეტაპზე პრევენციული ღონისძიებების განხორციელებისადმი პაციენტების ნაკლები ერთგულება. ეს ეხება როგორც მედიკამენტების მიღების დადგენილი რეჟიმის დაცვას, ასევე არტერიული წნევის, გულისცემის დროულად მონიტორინგს, ცხოვრების წესის კორექტირებას, თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტას.

ერთი კვლევის მიხედვით, სადაც შეისწავლიდნენ პაციენტების მკურნალობის უწყვეტობას, რომლებმაც გადაიტანეს მწვავე კორონარული სინდრომი, გამოკითხვით დადგინდა, რომ 6 თვის შემდეგ B-ადრენობლოკატორების მიღება შეწყვიტა პაციენტების 28%-მა, პოლიკლიკინას რეგულარულად მიმართავდნენ პაციენტების მხოლოდ 42.4%. დაკვირვების პერიოდში 8 პაციენტს (9.4%) განუვითარდა განმეორებითი მწვავე კორონარული სინდრომი, რომელთაგან გარდაიცვალა 5 (5.9%) პაციენტი⁴.

მიუხედავად იმისა, რომ ტარდება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პირველადი და მეორადი პრევენციის ღონისძიებები, მოსახლეობის უმრავლესობა არ ფლობს მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს თვითდახმარების უნარებს. ზოგ ქვეყნებში ფართოდ მიმდინარეობს საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება მედიის გამოყენებით.

¹Frohner K., Buchelt M., Hief Ch., A.Podczeczek und Steinbach. K. Patientenverhalten und Dauer der Prahospitalphase bei Myokardinfarct. //Deutsche Medizinische Wochenschrift/ 1989. Bdl 14.H 22. S855-860

²Панкин О.А. Анализ экстренной госпитализации больных инфарктом миокарда //Кремлевская медицина. - 1999.-№4. - С.57-60

³Речкова Е.В., Балашова Н.А., Савченко Е.А., Любецкая Л. С. О причинах поздней госпитализации больных острым инфарктом миокарда на фоне сахарного диабета // Здоровье Сибири: сб. науч. тр. — Красноярск, 2000 - С.261-263

⁴Водяницкая Н.А., Абдуева Ф.М., Гудилин Т.Е., Дановская Е.В. Полугодовая приверженность к лечению больных, перенесших острый коронарный синдром без элевации сегмента ST. [Электронный ресурс]: Доступ: <http://rq1.net.Ua/cardioJ/2007/2/vodyanitskaya.htm>

მიოკარდიუმის ინფარქტით პაციენტების დაგვიანებით მიმართვა სტაციონარში მიგვანიშნებს, რომ ჰოსპიტალიზაციის პროცესის ორგანიზაციული ასპექტები არასაკმარისადაა შემუშავებული. მიოკარდიუმის ინფარქტით პაციენტების საკმაოდ დიდი ნაწილის სამედიცინო დახმარებაზე დაგვიანებითი მიმართვა განაპირობებს მკურნალობის ეფექტურობის დაქვეითებას, სიკვდილიანობის გაზრდას, რადგან არ ხდება იმ დროის გამოყენება, რომელიც წარმოადგენს დაავადების მიმდინარეობის და გამოსავლის განმსაზღვრელ ფაქტორს. მიოკარდიუმის ინფარქტით პაციენტთა სტაციონარში დროული მიმართვის ხელშემშლელი ძირითადი მიზეზების გამოსავლენად განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ჰოსპიტალიზაციის პროცესის განხილვა პაციენტის თვალსაზრისით. ამ დროს აუცილებელია ექიმის მოსვლამდე თვით და ურთიერთდახმარების მოცულობის და ქრონოლოგიის შესწავლა, დაავადების ძირითადი სიმპტომების რისკის ხარისხზე და სამედიცინო დახმარებაზე მიმართვის ოპტიმალურ დროზე პაციენტის ინფორმირებულობის ანალიზი.

მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია სამეცნიერო ნაშრომები. კვლევის საინფორმაციო ბაზას შეადგენენ: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მეთოდური და ნორმატიული მასალები, სამედიცინო სტატისტიკისა და დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მასალები.

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა 400 ბენეფიციარის გამოკითხვა. თითოეული ინტერვიუს ხანგრძლივობა იყო დაახლოებით 30-40 წუთი. იმის გამო, რომ კვლევა ტარდებოდა შეზღუდულ დროში, კვლევის არეალს წარმოადგენდა თბილისის კარდიოლოგიური პროფილის სამედიცინო დაწესებულებების პაციენტები, ან მათი ოჯახის წევრები. კარდიოლოგიური პროფილის სამედიცინო დაწესებულების შერჩევა განხორციელდა სამედიცინო დაწესებულების ზომის, გატარებულ პაციენტთა რაოდენობის მიხედვით. ამ ფაქტორების გათვალისწინებით შეირჩა აკად. გ. ჩაფიძის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრი. რესპონდენტები შეირჩა შემთხვევითი ხეტიალის

პრინციპით. კვლევაში გამოყენებული იქნა პირისპირ ინტერვიუების მეთოდი. ინტერვიუ ჩატარდა სპეციალური სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით.

მეთოდოლოგიური შეზღუდვები

კვლევის შეზღუდვად მივიჩნევთ კარდიოლოგიური პროფილის სამედიცინო დაწესებულებაში ბენეფიციარის შერჩევის მეთოდს, რომელიც შეირჩა მხოლოდ თბილისში, ნაკლები დანახარჯების და მოკლე დროში გამოკითხვის ჩატარების შესაძლებლობის გამო.

კვლევის შედეგები

მიოკარდიუმის ინფარქტით ავადმყოფთა საავადმყოფოში მიმართვის დროულობა.

მიოკარდიუმის ინფარქტით ავადმყოფთა მიერ ექიმამდე გაწეული თვითდახმარების დროულობაზე და მოცულობაზე ძირითადი სოციალურ-ჰიგიენური ფაქტორების გავლენის ხარისხის კომპლექსურად შესაფასებლად აუცილებელია მიოკარდიუმის ინფარქტით ავადმყოფთა წინა ჰოსპიტალური ეტაპის ანალიზი. თავდაპირველად ჩატარდა მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმპტომების წარმოშობიდან თვითდახმარების დაწყებამდე გავლილი დროის ანალიზი. შემდგომ შესწავლილ იქნა სამედიცინო დამარებაზე მიმართვამდე ქრონოლოგია, კერძოდ მედიკამენტოზური მკურნალობის მოცულობა, სამედიცინო დამარებაზე მიმართვამდე გასული დროის ხანგრძლივობა, მიოკარდიუმის ინფარქტით ავადმყოფთა სტაციონარში დროული მიმართვიანობა.

მკურნალობის წინაჰოსპიტალურ ეტაპზე სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის მოსვლამდე ადექვატური დახმარება მიიღეს მიოკარდიუმის ინფარქტით ავადმყოფთა მხოლოდ მცირე ნაწილმა. უმრავლეს შემთხვევაში გამოვლენილ იქნა არასაკმარისი და არადროული ფარმაკოთერაპია, სამედიცინო დახმარებაზე დაგვიანებით მიმართვა, და შედეგად, დაგვიანებული ჰოსპიტალიზაცია.

ცხრილი:

გულმკერდისარეშიტკივილისწარმოშობიდანთვითდახმარებისდაწყებამდეგავლილი დრო, გამოკითხულთარაოდენობის %

| დროის ინტერვალი | კაცები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადების გარეშე % | კაცები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადებით % | ქალები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადების გარეშე % | ქალები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადებით % |
|-----------------|---|--|---|--|
| 10 წუთამდე | 3 | 15 | 9 | 32 |
| 11-20 წთ | 13 | 10 | 10 | 9 |
| 21-40 წთ | 11 | 3 | 11 | 7 |
| 41-60 წთ | 2 | 6 | 3 | 3 |
| 1-3 სთ | 12 | 13 | 27 | 10 |
| 4-6 სთ | 4 | 6 | 2 | 4 |
| 7-12 სთ | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 12 სთ-ზე მეტი | 50 | 41 | 31 | 27 |
| ჯამი | 100 | 100 | 100 | 100 |

როგორც ცხრილიდან ჩანს, მიოკარდიუმის ინფარქტით პაციენტებში, რომლებსაც ანამნეზში აღენიშნებოდათ გულის იშემიური დაავადება, პირველი ათი წუთის განმავლობაში, რომელიც გავიდა სტენოკარდიული შეტევის დაწყებიდან თვითდახმარების გაწევამდე, მედიკამენტებს ღებულობდა მხოლოდ 32% ქალი და 15% კაცი.

იმ პაციენტებს, რომლებსაც მიოკარდიუმის ინფარქტი აღენიშნათ პირველად, ექიმამდელი ფარმაკოთერაპია ჩაუტარდათ შედარებით მცირე ნაწილში - ქალებს 9%, ხოლო მამაკაცებში 3%.

მიოკარდიუმის ინფარქტით პაციენტებში, რომლებსაც ანამნეზში აღენიშნებოდათ გულის იშემიური დაავადება, 11-20 წუთის განმავლობაში, რომელიც გავიდა სტენოკარდიული შეტევის დაწყებიდან თვითდახმარების გაწევამდე, მედიკამენტებს ღებულობდა მხოლოდ 9% ქალი და 10% კაცი.

იმ პაციენტებს, რომლებსაც მიოკარდიუმის ინფარქტი აღენიშნათ პირველად, ექიმამდელი ფარმაკოთერაპია ჩაუტარდათ ქალებს 10%, ხოლო მამაკაცებში 13%.

საერთო ჯამში, მიოკარდიუმის ინფარქტით პაციენტებში, რომლებსაც ანამნეზში აღენიშნებოდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმპტომების დაწყებიდან პირველი საათის განმავლობაში ფარმაკოთერაპიას იყენებდნენ 34% მამაკაცები და 51% ქალები, ხოლო პაციენტებს რომელთაც ანამნეზში

არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება - ექიმამდელი ფარმაკოთერაპია ჩაუტარდათ ქალებს 33%, ხოლო მამაკაცებში 29%.

პაციენტებიდან, რომელთაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმპტომების დაწყებიდან 12 საათზე მეტი დროის განმავლობაში მედიკამენტები მიღებული ჰქონდათ 50% მამაკაცებს და შედარებით იშვიათად ქალებს (31%). პაციენტებიდან, რომელთაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმპტომების დაწყებიდან 12 საათზე მეტი დროის განმავლობაში მედიკამენტები მიღებული ჰქონდათ 41% მამაკაცებს და შედარებით იშვიათად ქალებს (27%). ანუ, მიოკარდიუმის ინფარქტის პაციენტებიდან, რომელთაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მედიკამენტებს მამაკაცები ღებულობდნენ შედარებით მოგვიანებით ვიდრე ქალები.

ძირითადი სოციალურ-ჰიგიენური ფაქტორების გავლენა თვითდახმარების დროულობაზე და ექიმთან მიმართვიანობაზე

ძირითადი სოციალური და ჰიგიენური ფაქტორებიდან შესწავლილ იქნა დასაქმება, ოჯახური მდგომარეობა, საცხოვრებელი პირობები, განათლება.

როგორც ცხრილშია ნაჩვენები, გამოკითხულ პაციენტთა უმრავლესობას გააჩნია უმაღლესი განათლება, მცირედ ჩამორჩება იმ პაციენტთა რაოდენობა რომელთაც გააჩნიათ საშუალო განათლება. პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, საშუალო განათლების მქონეთა რაოდენობა თითქმის არ განსხვავდება კაცებსა და ქალებს შორის. რაც შეეხება უმაღლესი განათლების მქონეთა შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, ქალები უფრო მეტნი არიან ვიდრე კაცები. საშუალო განათლების მქონე პაციენტთა შორის, რომლებსაც უწინ ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, რაოდენობითკაცები უფრო მეტნი არიან ვიდრე ქალები. რაც შეეხება უმაღლესი განათლების მქონეთა შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, ქალები უფრო მეტნი არიან ვიდრე კაცები.

დასაქმების თვალსაზრსით, პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, უფრო მეტად უმუშევრები იყვნენ ვიდრე

დასაქმებულები. პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, დასაქმებული ქალების რაოდენობა ჭარბობენ დასაქმებულ მამაკაცთა რაოდენობას. პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, უმუშევარი მამაკაცები ჭარბობენ უმუშევარ ქალებს.

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, დასაქმებული მამაკაცები ჭარბობენ ქალებს. ხოლო პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, უმუშევარი ქალები ჭარბობდნენ კაცებს.

ოჯახური მდგომარეობის თვალსაზრისით, პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, დაოჯახებული მამაკაცები ჭარბობენ ქალებს. ასევე, პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მარტოხელა ქალები ჭარბობენ კაცებს. პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, დაოჯახებული მამაკაცები ჭარბობენ ქალებს. პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მარტოხელა ქალები ჭარბობენ კაცებს.

განსახლების თვალსაზრისით, პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მარტომცხოვრები ქალები მცირედით აღემატებიან კაცებს. მამაკაცები ჭარბობენ ქალებს. ასევე, პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მამაკაცი პაციენტები ვინც ოჯახთან ერთად ცხოვრობს ჭარბობენ ქალებს. პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მარტო მცხოვრები ქალები ჭარბობენ კაცებს. პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, ოჯახთან ერთად მცხოვრები კაცები ჭარბობენ ქალებს.

ცხრილი: ძირითადი სოციალურ-ჰიგიენური ფაქტორების გავლენა მიოკარდიუმის ინფარქტით ავადმყოფებზე, საერთო ჯამის %

| სოციალური ფაქტორი | | კაცები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადების გარეშე % | კაცები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადებით % | ქალები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადების გარეშე % | ქალები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადებით % |
|---------------------|-----------------------|---|--|---|--|
| განათლება | საშუალო | 43 | 41 | 37 | 42 |
| | დაუსრულებელი უმაღლესი | 16 | 11 | 9 | 6 |
| | უმაღლესი | 41 | 48 | 54 | 52 |
| | სხვა | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | ჯამი | 100 | 100 | 100 | 100 |
| ოჯახური მდგომარეობა | დაოჯახებული | 85 | 36 | 42 | 28 |
| | მარტოხელა | 15 | 64 | 58 | 72 |
| | ჯამი | 100 | 100 | 100 | 100 |
| განსახლება | მარტო | 15 | 36 | 42 | 38 |
| | ოჯახთან ერთად | 85 | 64 | 58 | 62 |
| | ჯამი | | | | |
| დასაქმება | დასაქმებული | 58 | 30 | 32 | 36 |
| | უმუშევარი | 42 | 70 | 68 | 64 |
| | ჯამი | 100 | 100 | 100 | 100 |

მიოკარდიუმის ინფარქტით პაციენტების თვითდახმარების დროულობაზე სოციალური ფაქტორების გავლენის შესასწავლად ტარდება პაციენტების წინაჰოსპიტალური ეტაპის ანალიზი. ამისათვის შეისწავლება მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმპტომების წარმოშობიდან თვითდახმარების დაწყებამდე, სამედიცინო დახმარებაზე მიმართვამდე დახარჯული დრო, პაციენტების საავადმყოფოში დაწოლის დროულობის შეფასება. მკურნალობის წინაჰოსპიტალურ ეტაპზე, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის მოსვლამდე, ადექვატური სამედიცინო დახმარება მიიღო მიოკარდიუმის ინფარქტით მხოლოდ რამდენიმე პაციენტმა. უმეტეს შემთხვევაში გამოვლინდა არასაკმარისი და დაგვიანებული მკურნალობა, დაგვიანებული მიმართვა სამედიცინო დახმარებაზე და როგორც შედეგი, დაგვიანებული ჰოსპიტალიზაცია.

ცხრილი: სტენოკარდიული შეტევის დაწყებიდან თვითდახმარების დაწყებამდე დახარჯული დრო, %

| დროის ინტერვალი | კაცები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადების გარეშე % | კაცები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადებით % | ქალები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადების გარეშე % | ქალები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადებით % |
|-----------------|---|--|---|--|
| 10 წთ-მდე | 3 | 21 | 7 | 26 |
| 11-20 წთ | 15 | 13 | 9 | 6 |
| 21-40 წთ | 12 | 2 | 6 | 7 |
| 41-60 წთ | 1 | 5 | 2 | 6 |
| 1-3 სთ | 12 | 11 | 28 | 12 |
| 4-6 სთ | 5 | 6 | 2 | 7 |
| 7-12 სთ | 4 | 8 | 6 | 8 |
| 12 სთ-ზე მეტი | 48 | 34 | 40 | 28 |
| ჯამი | 100 | 100 | 100 | 100 |

როგორც ცხრილიდან ჩანს, პირველი 10 წთ-ის განმავლობაში, რომელიც გაიარა სტენოკარდიული შეტევის დაწყებიდან თვითდახმარების გაწევამდე, მიოკარდიუმის ინფარქტით პაციენტებს შორის, რომელთაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მედიკამენტები მიიღო ქალების მხოლოდ 26%-მა და კაცების 21%-მა.

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, ექიმამდელი მედიკამენტოზური მკურნალობა ჩატარდა მხოლოდ ერთეულ შემთხვევებში, როგორც კაცებს (3%) შორის ასევე ქალთა (7%) შორის.

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტისპირველი სიმტომების წარმოშობიდან 11-დან მე-20-ე წუთზე მედიკამენტებს ღებულობდა 6% ქალი და 18% კაცი.

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტისპირველი სიმტომების წარმოშობიდან 11-დან მე-20-ე წუთზე მედიკამენტებს ღებულობდა 9% ქალი და 15% კაცი.

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტისპირველი სიმტომების წარმოშობიდან 1 საათის განმავლობაში მედიკამენტებს ღებულობდა 45% ქალი და 41% კაცი.

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმტომების წარმოშობიდან 1 საათის განმავლობაში მედიკამენტებს ღებულობდა 24% ქალი და 31% კაცი.

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმტომების წარმოშობიდან 12 სთ-ზე მეტი დროის შემდეგ მედიკამენტებს ღებულობდა 28% ქალი და 34% კაცი.

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმტომების წარმოშობიდან 12 სთ-ზე მეტი დროის შემდეგ მედიკამენტებს ღებულობდა 40% ქალი და 48% კაცი.

ცხრილი: სტენოკარდიული შეტევის დაწყებიდან სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის გამოძახებამდე დახარჯული დრო, %

| დროის ინტერვალი | კაცები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადების გარეშე % | კაცები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადებით % | ქალები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადების გარეშე % | ქალები ანამნეზში გულის იშემიური დაავადებით % |
|-----------------|---|--|---|--|
| 10 წთ-მდე | 2 | 5 | 5 | 8 |
| 11-20 წთ | 9 | 6 | 7 | 5 |
| 21-40 წთ | 7 | 7 | 9 | 7 |
| 41-60 წთ | 2 | 8 | 2 | 6 |
| 1-3 სთ | 6 | 10 | 16 | 16 |
| 4-6 სთ | 6 | 5 | 14 | 8 |
| 7-12 სთ | 7 | 15 | 9 | 11 |
| 12 სთ-ზე მეტი | 61 | 44 | 38 | 39 |
| ჯამი | 100 | 100 | 100 | 100 |

როგორც ცხრილიდან ჩანს, პირველი 10 წთ-ის განმავლობაში, რომელიც გაიარა სტენოკარდიული შეტევის დაწყებიდან სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის გამოძახებამდე, მიოკარდიუმის ინფარქტით პაციენტებს შორის, რომელთაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, ქალები შეადგენენ მხოლოდ 8%-ს და კაცები 5%-ს.

პირველი 10 წთ-ის განმავლობაში, რომელიც გაიარა სტენოკარდიული შეტევის დაწყებიდან სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის გამოძახებამდე, მიოკარდიუმის ინფარქტით პაციენტებს შორის, რომელთაც ანამნეზში არ ჰქონდათ

გულის იშემიური დაავადება, ქალები შეადგენენ მხოლოდ 5%-ს, ხოლო კაცები შეადგენდნენ 2%-ს.

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმტომების წარმოშობიდან 11-დან მე-20-ე წუთზე სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა გამოიძახეს 5% ქალი და 7% კაცი.

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმტომების წარმოშობიდან 11-დან მე-20-ე წუთზე სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა გამოიძახეს 7% ქალი და 9% კაცი.

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმტომების წარმოშობიდან 1 საათის განმავლობაში სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა გამოიძახეს 26% ქალი და 26% კაცი.

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმტომების წარმოშობიდან 1 საათის განმავლობაში სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა გამოიძახეს 23% ქალი და 20% კაცი.

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმტომების წარმოშობიდან 12 სთ-ზე მეტი დროის შემდეგ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა გამოიძახეს 39% ქალი და 44% კაცი.

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმტომების წარმოშობიდან 12 სთ-ზე მეტი დროის შემდეგ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა გამოიძახეს 38% ქალი და 61% კაცი.

პაციენტების უმრავლესობის აზრით (78%), არ ხდება ოჯახის ექიმების მიერ მათზე დინამიური უწყვეტი მეთვალყურეობა. პაციენტების უმრავლესობამ (72%) აღნიშნა, რომ ოჯახის ექიმების მხრიდან არ ხდება პაციენტზე ინფორმაციის

მიწოდება დაავადების ძირითადი სიმპტომების, თვითდახმარების ზომების და სასწრაფო დახმარების დროული გამოძახების მნიშვნელობის შესახებ.

დისკუსია

მიოკარდიუმის ინფარქტის მკურნალობის მაქსიმალური ეფექტურობა შესაძლებელია მხოლოდ სამედიცინო დახმარებაზე დროული მიმართვის და ექიმის მოსვლამდე პაციენტების ან მათი ახლობლების კომპეტენტური ქმედებების შედეგად. ჩატარებული კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ პაციენტების უმრავლესობა არ ატარებდა საჭირო თვითდახმარებას, ხოლო ექიმს მიმართავდნენ დაგვიანებით, დაავადების პირველი სიმპტომებიდან დაახლოებით 12 საათის შემდეგ.

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმპტომების წარმოშობიდან 1 საათის განმავლობაში მედიკამენტებს ღებულობდა გამოკითხულთა დაახლოებით ნახევარზე ნაკლები რაოდენობა (ქალებსა და კაცებს შორის დიდი განსხვავება არ შეინიშნებოდა).

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმპტომების წარმოშობიდან 1 საათის განმავლობაში მედიკამენტებს ღებულობდა გამოკითხულთა დაახლოებით მეოთხედზე ოდნავ მეტი რაოდენობა.

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმპტომების წარმოშობიდან 1 საათის განმავლობაში სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა გამოიძახეს გამოკითხულთა დაახლოებით მეოთხედმა.

პაციენტებს შორის, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველი სიმპტომების წარმოშობიდან 1 საათის განმავლობაში სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა გამოიძახეს გამოკითხულთა დაახლოებით მეხუთედმა.

როგორც ცნობილია, დაავადების მიმდინარეობა და მისი შედეგები დამოკიდებულია გაწეული თვითდახმარების და ურთიერთდახმარების ხარისხზე და მის დროულობაზე. მედიკამენტების დროული მიღება ხელს უწყობს სერიოზული გართულებების შემცირებას.

განსაკუთრებით ყურადსაქცევია პაციენტების დაბალი ინფორმაციულობა დაავადების ძირითადი სიმპტომების შესახებ, ასევე თვითდახმარების ზომების შესახებ, რომელთა მიღება საჭიროა მათი წარმოშობისას. პაციენტები, რომლებსაც პირველად განუვითარდათ მიოკარდიუმის ინფარქტი პირველ საათს საერთოდ არ მიმართავდნენ.

სამედიცინო დახმარებაზე გვიანი მიმართვის ძირითად მიზეზს წარმოადგენს ინფორმაციის ნაკლებობა. იმ პაციენტებმა, რომლებსაც ანამნეზში არ ჰქონდათ გულის იშემიური დაავადება, სასწრაფო დახმარების დროული გამოძახების მნიშვნელობის შესახებ იცოდნენ მხოლოდ 32%-მა. პაციენტების მხოლოდ მცირე ნაწილმა იცოდა იმის შესახებ თუ რა არის სტენოკარდიის შეტევა, რა ქმედებებია განსახორციელებელი მისი წარმოშობისას, ასევე მიოკარდიუმის ინფარქტის უმტკივნეული მიმდინარეობის შესაძლებლობის შესახებ.

პაციენტებს შორის (გულის იშემიური დაავადების ანამნეზის გარეშე), რომლებიც ნაკლებად იყვნენ ინფორმირებულნი ექიმთან მიმართვის დროის შესახებ, მხოლოდ მცირე ნაწილი იქნა ჰოსპიტალიზებული დაავადების პირველ საათებში. მაშინ როდესაც ინფორმირებული პაციენტების უმრავლესობა ჰოსპიტალიზებულ იქნა დაავადების პირველ საათებში.

პაციენტების უმრავლესობის აზრით (78%), არ ხდება ოჯახის ექიმების მიერ მათზე დინამიური უწყვეტი მეთვალყურეობა. პაციენტების უმრავლესობამ (72%) აღნიშნა, რომ ოჯახის ექიმების მხრიდან არ ხდება პაციენტზე ინფორმაციის მიწოდება დაავადების ძირითადი სიმპტომების, თვითდახმარების ზომების და სასწრაფო დახმარების დროული გამოძახების მნიშვნელობის შესახებ.

დასკვნა, რეკომენდაციები

მიოკარდიუმის ინფარქტით პაციენტების საკმაოდ დიდი ნაწილის სამედიცინო დახმარებაზე დაგვიანებითი მიმართვა განაპირობებს მკურნალობის ეფექტურობის დაქვეითებას, სიკვდილიანობის გაზრდას, რადგან არ ხდება იმ დროის გამოყენება, რომელიც წარმოადგენს დაავადების მიმდინარეობის და გამოსავლის განმსაზღვრელ ფაქტორს.

მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს არაადექვატური თვითდახმარების ძირითად მიზეზს წარმოადგენს ინფორმაციის ნაკლებობა. მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს პაციენტების მეტი ნაწილი სამედიცინო მომსახურებას მიმართავდნენ დაგვიანებით და შედარებით იშვიათად პირველი საათის განმავლობაში. პაციენტების ნახევარზე მეტი არ ღებულობდა ადეკვატურ თვითდახმარებას დაავადების პირველი სიმპტომების წარმოქმნისთანავე, ექიმს მიმართავდნენ დაგვიანებით.

სამედიცინო დახმარებაზე დაგვიანებით მიმართვის ყველაზე გავრცელებული მიზეზი იყო პაციენტების დაბალი განათლება, სასწრაფო დახმარების ბრიგადის გამოძახების ოპტიმალური დროის არცოდნა, რის შედეგადაც დაავადების დაწყებიდან პირველ დღეებში საავადმყოფოში მიიყვანეს პაციენტების ნახევარზე ნაკლები.

მიოკარდიუმის ინფარქტის მკურნალობის მაქსიმალური ეფექტურობა დამოკიდებულია გაწეული თვითდახმარების ხარისხზე და მის დროულობაზე, პაციენტის ინფორმირებულობაზე, ოჯახის ექიმის უწყვეტ სამედიცინო მეთვალყურეობაზე. დროულად გაწეული სამედიცინო დახმარება ხელს უწყობს სერიოზული გართულებების შემცირებას. სამედიცინო დახმარებაზე დაგვიანებით მიმართვის უმთავრესი მიზეზია პაციენტების დაბალი ინფორმაციულობა, ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის დაბალი განვითარება, რაც უარყოფითად ზემოქმედებს მოსახლეობის უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობაზე, დაავადების შესახებ მათ ინფორმირებულობაზე. ამისათვის მიზანშეწონილია ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარება ქვეყნის მასშტაბით, რომელიც ხელს შეუწყობს პაციენტზე უწყვეტი სამედიცინო მეთვალყურეობის ჩატარებას, დაავადების ძირითადი სიმპტომების, თვითდახმარების ზომების და სასწრაფო დახმარების დროული გამოძახების მნიშვნელობის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის ამაღლებას.

ბიბლიოგრაფია

- ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი. 2013. საქართველო. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2014.
- *Aschermann M., Widimsky P.* I have an acute myocardial infarction: open my coronary artery, stent it and keep full flow! // *Eur. Heart J.* — 2002. — Vol. 23. — P. 913-916
- Behar S., Goldbourt U., Reicher-Reiss H., Kaplinski E. Prognosis of acute myocardial infarction complicated by primary ventricular fibrillation. *Amer. J. Cardiol.* 1990, 66, 7, C. 1208-1211
- *Brodie B.R., Stuckey T.D., Hansen Ch., Muncy D.* Benefit of coronary reperfusion before intervention on outcomes after primary angioplasty for acute myocardial infarction // *Amer. J. Cardiology.* - 2000. - Vol. 85. - P. 13-18
- *Frohner K., Buchelt M., Hief Ch., A.Podczeck und Steinbach. K.* Patientenverhalten und Dauer der Prahospitalphase bei Myokardinfarct. //*Deutsche Medizinische Wochenschrift/* 1989. Bdl 14.H 22. S855-860
- Kidwell Chelsea S., LiebeskindDavid S., Starkman, Sidney, Saver Jeffrey L. Trends in Acute Ischemic Stroke Trials Through the 2 Century. - *Stroke.* 2001; 32:1349-1359<http://stroke.ahajournals.org/content/32/6/1349.full>
- *Ridker P.M., Marder V.J., Henneke C.H.* Large-scale trials of thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: GISSI-2, ISIS-3 and GUSTO-I // *Ann. Intern. Med.* - 1993. - Vol. 119. - P. 530-532
- *Simoons M.L., Arnold A.E., Betriu A. et al.* Thrombolysis with tissue plasminogen activator in acute myocardial infarction: no additional benefit from immediate percutaneous coronary angioplasty // *Lancet.* — 1988. - Vol. 1. — P. 197-203
- The GUSTO Angiographic Investigators. The effects of tissue plasminogen activator, streptokinase, or both, on coronary artery patency, ventricular function and survival after acute myocardial infarction //*New Engl. J. Med.* - 1993. - Vol. 329. -P. 1615-1622.
- *ВодяницкаяН.А., Абдуева Ф.М., Гудилин Т.Е., Дановская Е.В.* Полугодовая приверженность к лечению больных, перенесших острый коронарныйсиндром без элевации сегмента ST. [Электронный ресурс]: Доступ: <http://rqj.net.Ua/cardioJ/2007/2/vodyanitskaya.htm>

- *Гаффаров В.В., Благинина М.Ю.* Смертность от острого инфаркта миокарда (эпидемиологическое исследование на основе программ ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда», МОНИКА) // Кардиология.2005. -№5. -С.49-51
- *Ипатов П.В., Ключев В.М., Ардашев В.Н.* Проблема неотложной само- и взаимопомощи при сердечно-сосудистых заболеваниях и пути ее решения. //Кардиология. 2005. - №3. - С.95-99
- *КарповЮ.А.* Исследование ПРЕМЬЕРА: достижение уровня АД — успех в лечении ИБС. Набор слайдов для специалистов. М. : 2006.
- *Ключев В.М., Ардашев В.Н., Брюховецкий А.Г., Михеев А.А.* Ишемическая болезнь сердца. Современная стратегия, тактика терапевта и хирурга. М.: Медицина, 2004. - 360с.
- *Куница Л.Д., Гончар Ю.С, Белый В.М.* Анализ летальности при остром инфаркте миокарда в первые сутки госпитализации // Неотложные состояние в клинике внутренних болезней. Экстракорпоральная квантовая и микроволновая терапия в клинике внутренних болезней: Сб. науч. Тр. — Полтава, 1989
- *Оганов Р.Г. , Масленникова Г.Я.* Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. // Кардиология.-2007.- №1.-С4-7
- *ПанкинО.А.* Анализ экстренной госпитализации больных инфарктом миокарда //Кремлевская медицина. - 1999.-№4. - С.57-60
- *Пархоменко А.Н., Соколов Ю.Н., Иркин О.И. и др.* Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST: новые возможности восстановления коронарной и тканевой перфузии. http://www.rql.kiev.Ua/cardio_j/2004/1/parkhomenko.htm
- *Речкова Е.В., Балашова Н.А., Савченко Е.А., Любецкая Л. С.* О причинах поздней госпитализации больных острым инфарктом миокарда на фоне сахарного диабета // Здоровье Сибири: сб. науч. тр. — Красноярск, 2000 - С.261-263
- *Терещенко С.Н.* Инфаркт миокарда в реальной клинической практике. //Пленум (приложение к журналу «Сердце»№4 (13)). - 2007.

ციტირება:

თენგიზ ვერულავა, რევაზ ჯორბენაძე, თამარ ქაცანაშვილი. მიოკარდიუმის ინფარქტით პაციენტთა ჰოსპიტალიზაციის დროულობა. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა. N2. 2015