

Про роль усвідомлених поведінкових дій людини при виникненні кардіологічного болю як базису своєчасної та якісної медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда

Мета роботи — наукове обґрунтування ролі усвідомлених поведінкових дій людини при виникненні кардіологічного болю в залежності від її освітнього рівня як базису своєчасної та якісної медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда (ГІМ).

Матеріали та методи. Дослідження виконане на вибірковій статистичній сукупності ($p < 0,05$) серед хворих з ГІМ згідно з програмою «Медико-соціальна значимість болю та основних чинників ризику у виникненні гострого інфаркту міокарда» з використанням історичного, статистичного, математичного, абстрактного та графічного методів дослідження, а також методів анкетування, викопіювання, дедуктивного усвідомлення, структурно-логічного аналізу з врахуванням принципів системності.

Результати та обговорення. Дослідженням встановлено недостатнє усвідомлення у пацієнтів з ГІМ, як з вищою, так і середньою освітою, при виникненні кардіологічного болю таких поведінкових дій, як часовий вимір болю (у роках); самостійний прийом лікарських засобів; звернення за медичною допомогою; способи та своєчасність доставки до профільного відділення стаціонару і розуміння змісту наявності «терапевтичного вікна». Це переконливо засвідчує низький рівень санітарно-просвітньої роботи, як профілактичної технології, з цих питань серед населення на первинному рівні медичного забезпечення в діючій системі охорони здоров'я України, що призводить до запізнілої діагностики та несвоечасності лікування, а також значних затрат фінансових ресурсів у кардіологічному стаціонарі при лікуванні даної патології.

Висновки. Отримані результати засвідчують потребу значної корекції санітарно-просвітньої роботи серед населення силами лікарів первинного (лікарів загальної практики/сімейної медицини, дільничних лікарів-терапевтів) та вторинного (лікарів-кардіологів амбулаторно-поліклінічних закладів) рівнів медичного забезпечення, що дозволить сформулювати адекватні усвідомлені поведінкові дії у людини при появі кардіологічного болю, що позитивно вплине на своєчасність та якість спеціалізованої/високоспеціалізованої кардіологічної медичної допомоги та покращить негативну динаміку захворюваності та смертності серед населення України з причини ГІМ.

Ключові слова:

кардіологічний біль, пацієнт, рівень освіти, усвідомлення поведінкових дій, гострий інфаркт міокарда, лікарі, первинний рівень медичного забезпечення, санітарно-просвітня робота, своєчасність та якість медичної допомоги.

Незаперечним на сьогодні в українській здоровохороні є той науковий факт, що в 2012 р. серед мешканців країни було встановлено вперше в житті 50 562 діагнози гострого інфаркту міокарда (ГІМ) при показнику поширеності 134,9 випадка на 100 тис. населення у віці 18 років і старше, що, за коефіцієнтом темпів приросту, на 123,19 %



**Н.Ф. Тімченко,
В.В. Рудень**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ

Рудень Василь Володимирович
д. мед. н., проф., зав. кафедри соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я

79017, м. Львів, вул. Студентська, 2
Тел. (032) 276-81-67
E-mail: vruden@ukr.net

Стаття надійшла до редакції
1 грудня 2014 р.

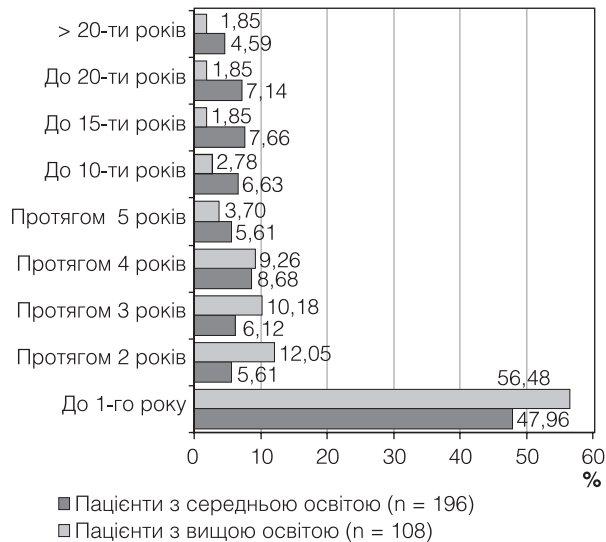


Рис. 1. Показники тривалості болю в ділянці серця серед госпіталізованих хворих з причини ГІМ з моменту першого в житті їх прояву

більше, ніж у 1990 р. (109,5 випадка на 100 тис. дорослого населення). Серед осіб працездатного віку аналізований показник, в порівнянні з 1990 р., зріс, згідно з показником темпів приросту, на 56,6 % і становив 57,9 випадка на 100 тис. працездатного населення, що відповідало 16345 випадкам даної патології. При цьому кількість померлих з причини ГІМ у цей же період склала 11 499 осіб (25,3 випадка на 100 тис. населення), що становить 22,7 % від загального числа всіх зареєстрованих хвороб ГІМ і є, згідно з показником темпів приросту, в 1,1 раза більше, ніж у 1990 р. [1, 3].

Вирішення вищезазначеної проблеми серед населення, незважаючи на складну соціально-економічну ситуацію, в сучасній практичній та науковій медицині України розглядається в контексті адекватності медичної допомоги даній категорії хворих на різних етапах медичного забезпечення — від спроб застосування сучасних профілактичних технологій серцево-судинних захворювань до реваскуляризації міокарда, а також можливого якісного динамічного лікарського спостереження для запобігання повторним інфарктам. Проте, в круговерті високоінформативних технологій діагностики та лікування хворого з ГІМ, на нашу думку, чи не найважливішим є співучасть у цьому самого пацієнта, особливо на догоспітальному етапі, що і має слугувати базисом позитивних змін наведених статистичних показників у стані громадського здоров'я населення країни.

Мета роботи — наукове обґрунтування ролі усвідомлених поведінкових дій людини при виникненні кардіологічного болю в залежності від її освітнього рівня як базису своєчасної та

якісної медичної допомоги при гострому інфаркті міокарда.

Матеріали та методи

Наукова робота виконана на вибірковій статистичній сукупності серед $n = 374$ пацієнтів ($t > 2$, при $p < 0,05$), згідно з опрацьованою нами програмою «Медико-соціальна значимість болю та основних чинників ризику у виникненні гострого інфаркту міокарда», де респонденти з кардіологічним болем (81,28 % респондентів або $n = 304$) були розподілені за рівнем освіти на дві групи: перша досліджувана група ($n = 108$) — пацієнти з вищою освітою, друга дослідна група ($n = 196$) — пацієнти із середнім рівнем освіти. Обидві групи були порівнянні та репрезентативні до загальної статистичної сукупності ($n = 3075$) з вірогідністю безпомилкового прогнозу $t = 95$ %.

При цьому використані історичний, статистичний, математичний, абстрактний, графічний методи дослідження, а також методи анкетування, вкопювання необхідних даних з медичної картки стаціонарного хворого (№ 003/о), дедуктивного усвідомлення, структурно-логічного аналізу з врахуванням принципів системності. Отримані анкетні дані зведені й опрацьовані автоматизованим способом на персональному комп'ютері з використанням програм Microsoft Office Excel 2010 та SPSS.

Результати та обговорення

Вивчення усвідомлених поведінкових дій людини щодо власного здоров'я в контексті можливого виникнення ГІМ ми розпочали з аналізу тривалості кардіологічного болю від часу першого його прояву в житті пацієнтів з діагностованим ГІМ.

Отримані результати засвідчують, що кардіологічний біль вперше відчули та зафіксували його появу у власній свідомості рік тому ($56,48 \pm 7,23$) % ($p < 0,05$) опитаних з вищою освітою, тоді як цей індекс у пацієнтів із середньою освітою склав ($47,96 \pm 4,94$) % при $p < 0,05$, що було за показником темпу спаду меншим на 15,08 % у порівнянні.

Заслужує на увагу в профілактичній площині лікарів практичної охорони, особливо первинного рівня медичного забезпечення, те, що решта анкетованих ($(43,52 \pm 6,34)$ % пацієнтів з вищою освітою та $(52,04 \pm 5,15)$ % анкетованих із середньою освітою, при $p < 0,05$) зізналися, що кардіологічний біль турбував їх у період від 2 до 20 років і більше, про що засвідчують дані на рис. 1.

Встановлено, що при виникненні болю в ділянці серця, що передувало розвитку ГІМ, пацієнти з вищою освітою з метою мінімізації больового синдрому на догоспітальному етапі (рис. 2) в

основному самостійно в $(12,96 \pm 3,46)$ % приймали ацетилсаліцилову кислоту та в $(60,18 \pm 7,46)$ % скористалися нітрогліцерином – вазодилататором, котрий застосовують у кардіології, тоді як $(26,86 \pm 5,31)$ % досліджуваних даної групи приймали інші лікарські засоби, серед яких $(15,74 \pm 3,82)$ % – валідол, $(5,56 \pm 2,27)$ % – анальгін, $(2,78 \pm 1,61)$ % – корвалол, $(1,85 \pm 1,31)$ % – копацил, $(0,93 \pm 0,93)$ % – валеріана.

При цьому аргументовано, що люди із середньою освітою в такій ситуації із станом здоров'я рятувалися в $(28,06 \pm 3,78)$ % епізодів нітрогліцерином та в $(1,53 \pm 0,88)$ % випадків антиагрегантним препаратом аспірином, тоді як решта $(70,41 \pm 6,14)$ % пацієнтів рятувалися від серцевого болю іншими лікарськими засобами, серед яких: валідол $(48,47 \pm 4,97)$ %, анальгін $(9,7 \pm 2,22)$ %, корвалол $(2,55 \pm 1,14)$ %, диклофенак $(2,04 \pm 1,02)$ %, копацил $(1,02 \pm 0,72)$ %, німесил $(1,02 \pm 0,72)$ %, валеріана $(0,51 \pm 0,51)$ %, АЦЦ (acetylcysteine) $(0,51 \pm 0,51)$ %, бронхолітин $(1,02 \pm 0,72)$ %, валокордин $(1,53 \pm 0,88)$ %, ранітидин $(1,02 \pm 0,72)$ %, спазмалгон $(1,02 \pm 0,7)$ %.

У даному контексті варто послатися і на результати такої усвідомленої поведінкової дії людини при наявності кардіологічного болю в можливому розвитку ГІМ, як звернення пацієнта за медичною допомогою (рис. 3). Зокрема, дослідженням встановлено, що у $(55,56 \pm 7,21)$ % випадків пацієнти з вищою освітою чи їхні родичі відразу звернулися телефоном до екстреної медичної допомоги (ЕМД), водночас у $(11,11 \pm 3,21)$ % свідчень вони були доставлені родичами до приймального відділення стаціонару лікарні. Проте $(33,33 \pm 5,55)$ % пацієнтів даної досліджуваної категорії відтермінували своєчасне звернення за якісною стаціонарною медичною допомогою і в $(13,89 \pm 3,47)$ % випадках звернулися до лікарів загальної практики/сімейної медицини (ЛЗП/СМ), $(8,33 \pm 2,78)$ % – до лікаря-кардіолога амбулаторно-поліклінічного закладу (АПЗ), а в $(4,63 \pm 2,07)$ % – до родичів, тоді як $(3,70 \pm 1,85)$ % пацієнтів сподівалися на допомогу знайомого лікаря та $(2,78 \pm 1,61)$ % – сусідів.

Окрім того, отримані результати щодо даної поведінкової дії серед досліджуваних осіб із середнім рівнем освіти засвідчують, що на догоспітальному етапі пацієнти з діагностованим вже ГІМ також найчастіше викликали карету ЕМД $(48,98 \pm 4,98)$ %, тоді як на другій рейтинговій позиції з показником $(22,45 \pm 3,38)$ % було звернення до ЛЗП/СМ, а звернення до родичів $(15,82 \pm 2,84)$ % та приймального відділення стаціонару лікарні $(4,08 \pm 1,44)$ % відповідно поділяли третю та четверту рейтингові позиції.

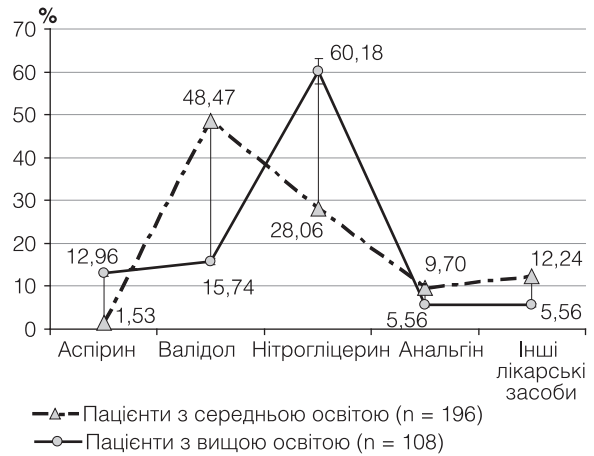


Рис. 2. Результати самостійного прийому населенням лікарських засобів при появі кардіального болю, що передувало виникненню/розвитку ГІМ

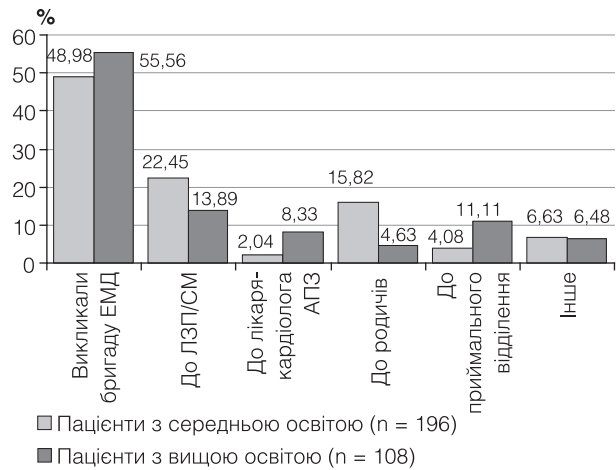


Рис. 3. Результати звернень населення за медичною допомогою при підозрі виникнення/розвитку ГІМ

Окрім того, $(3,06 \pm 1,25)$ % пацієнтів заявляли відповідні апеляції стосовно даної проблеми у власному здоров'ї до знайомого лікаря, а в $(3,57 \pm 1,35)$ % випадків – до сусідів, тоді як звернення до лікаря-кардіолога територіального АПЗ підтвердили $(2,04 \pm 1,02)$ % досліджуваних.

Стосовно шляхів та способів доправлення хворого з ГІМ (рис. 4.) до приймального відділення стаціонару, то досліджувані особи з вищою освітою підтвердили, що $(66,67 \pm 7,85)$ % з них були доставлені каретою ЕМД, тоді як $(12,04 \pm 3,34)$ % пацієнтів госпіталізовані санітарним транспортом АПЗ, а $(21,30 \pm 4,44)$ % анкетованих доставлені автотранспортом у супроводі рідних. Опитані із середнім рівнем освіти засвідчили, що в $(66,84 \pm 5,84)$ % випадків були доправлені до профільного стаціонару бригадою ЕМД, $(23,98 \pm 3,49)$ % – прибули на автотранспорті в супроводі рідних, і лише $(9,18 \pm 2,19)$ %

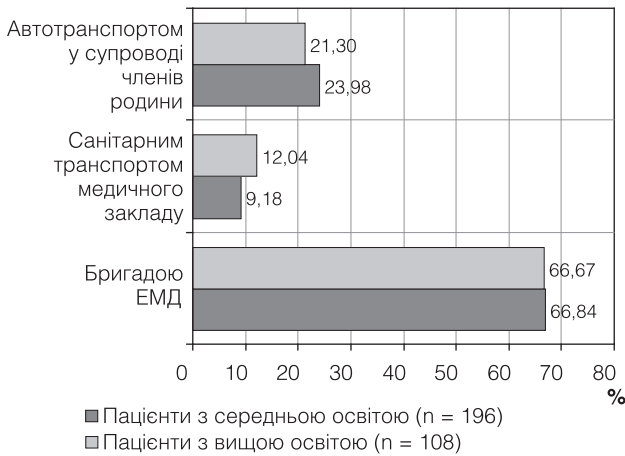


Рис. 4. Способи доставки пацієнта до приймального відділення лікарні від моменту виникнення кардіологічного болю, який передував виникненню/розвитку ГІМ

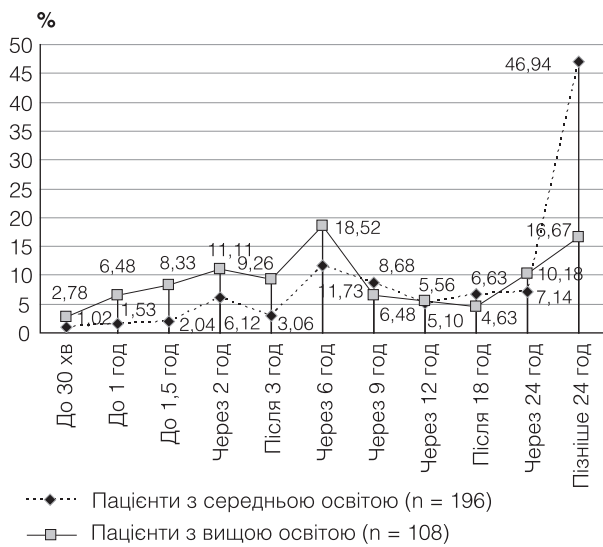


Рис. 5. Час, протягом якого було госпіталізовано хворого до профільного відділення стаціонару від моменту виникнення кардіологічного болю, який передував розвитку ГІМ

хворих з ГІМ були привезені санітарним транспортом АПЗ.

Не менш важливою усвідомленою поведінковою дією пацієнта з гострим ГІМ є час від

моменту виникнення болю, що сигналізував про початок розвитку ГІМ до моменту госпіталізації до кардіологічного відділення стаціонару. Отримані результати засвідчують (рис. 5.), що так зване «терапевтичне вікно», яке при ГІМ триває 6–12 год від початку болю [2, 4] і свідчить про початок якісного процесу лікування в стаціонарі, у досліджуваних осіб з вищою освітою було зафіксовано в $(68,52 \pm 7,96)$ % пацієнтів, тоді як серед пацієнтів з ГІМ із середнім рівнем освіти цей показник склав $(39,28 \pm 4,48)$ %.

Висновки

Дослідженням встановлене недостатнє усвідомлення пацієнтами з ГІМ як з вищою, так і середньою освітою при виникненні кардіологічного болю таких поведінкових дій людини, як часовий вимір болю (в роках), самостійний прийом лікарських засобів, звернення за медичною допомогою, способи та своєчасність доставки до профільного відділення стаціонару і розуміння змісту наявності «терапевтичного вікна», що переконливо засвідчує низький рівень санітарно-просвітньої роботи, як профілактичної технології, з цих питань серед населення на первинному рівні медичного забезпечення в діючій системі охорони здоров'я України. Це призводить до запізнілої діагностики та несвоєчасності лікування, а також значних затрат фінансових ресурсів у кардіологічному стаціонарі при лікуванні даної патології.

Усе це потребує значної корекції санітарно-просвітньої роботи серед населення силами лікарів первинного (лікарів загальної практики/сімейної медицини, дільничних лікарів-терапевтів) та вторинного (лікарів-кардіологів амбулаторно-поліклінічних закладів) рівнів медичного забезпечення, що дозволить сформувати адекватні усвідомлені поведінкові дії у людини при появі кардіологічного болю, що позитивно вплине на своєчасність та якість спеціалізованої/високоспеціалізованої кардіологічної медичної допомоги і покращить негативну динаміку захворюваності та смертності серед населення України з причини ГІМ.

Список літератури

1. Аналіз основних показників здоров'я населення України та ресурсів охорони здоров'я за 1990–1996 роки // МОЗ України, в-во «Трелакс ЛТД». — К., 1997. — 146 с.
2. Лаба В.В., Железний В.П. Ефективність фібринолітичної терапії у хворих із гострим інфарктом міокарда з елевацією сегмента ST, з визначально переважаючим високим ступенем ризику за шкалою TIMI // Вісник Сумського державного

- університету. Серія Медицина. — 2012. — № 2. — С. 92–98.
3. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2011–2012 роки // МОЗ України, К., 2013. — 326 с.
4. Sibbing D., Steinhubl S.R., Schulz S. et al. Platelet Aggregation and Its Association With Stent Thrombosis and Bleeding in Clopidogrel-Treated Patients. Initial Evidence of a Therapeutic Window // J. Am. Coll. Cardiol. — 2010. — Vol. 56 (4) — P. 317–318. <http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1143001>.

Н.Ф. Тимченко, В.В. Рудень

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого

О роли осознанных поведенческих действий человека при возникновении кардиологической боли как базиса своевременной и качественной медицинской помощи при остром инфаркте миокарда

Цель работы — научное обоснование роли осознанных поведенческих действий человека при возникновении кардиологической боли в зависимости от его образовательного уровня как базиса своевременной и качественной медицинской помощи при остром инфаркте миокарда (ОИМ).

Материалы и методы. Исследование проведено в выборочной статистической группе ($p < 0,05$) среди больных с ОИМ по программе «Медико-социальная значимость боли и основных факторов риска в возникновении острого инфаркта миокарда» с использованием исторического, статистического, математического, абстрактного и графического методов исследования, а также методов анкетирования, выкопировки, дедуктивного осмысления, структурно-логического анализа с учетом принципов системности.

Результаты и обсуждение. Исследованием установлено недостаточное осознание пациентами с ОИМ как с высшим, так и средним образованием при возникновении кардиологической боли таких поведенческих действий, как временное измерение боли (в годах); самостоятельный прием лекарственных средств; обращение за медицинской помощью; способы и своевременность доставки в профильное отделение стационара и понимание значения наличия «терапевтического окна», что наглядно свидетельствует о низком уровне санитарно-просветительной работы, как профилактической технологии, по этим вопросам среди населения на первичном уровне медицинского обеспечения в действующей системе здравоохранения Украины. Это приводит к запоздалой диагностике и несвоевременному лечению, а также высоким затратам финансовых ресурсов в кардиологическом стационаре при лечении данной патологии.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости значительной коррекции санитарно-просветительной работы среди населения силами врачей первичного (врачей общей практики/семейной медицины, участковых врачей-терапевтов) и вторичного (врачей-кардиологов амбулаторно-поликлинических учреждений) уровней медицинского обеспечения, что позволит сформировать адекватные осознанные поведенческие действия у человека при появлении кардиологической боли, положительно повлияет на своевременность и качество специализированной/высокоспециализированной кардиологической медицинской помощи и улучшит негативную динамику заболеваемости и смертности среди населения Украины по причине ОИМ.

Ключевые слова: кардиологическая боль, пациент, уровень образования, осознание поведенческих действий, острый инфаркт миокарда, врачи, первичный уровень медицинского обеспечения, санитарно-просветительная работа, своевременность и качество медицинской помощи.

N.F. Timchenko, V.V. Ruden'

Danylo Halytsky Lviv National Medical University

About the role of the conscious behavioral actions of a human in occurrence of chest pain as the basis for timely and qualitative medical aid at acute myocardial infarction

Objective. To provide the scientific rationale for the role of the conscious behavioral actions of human in occurrence of chest pain depending on his/her educational level as the basis for timely and qualitative care for acute myocardial infarction (AMI).

Materials and methods. The research was conducted on the statistical sampling group ($p < 0.05$) among patients with AMI according to the «Medical and social significance of pain and the major risk factors in the occurrence of acute myocardial infarction» program. The following method and techniques have been applied: historical, statistical, mathematical, abstract and graphic research methods, as well as questioning, copying, deductive awareness, structural and logical analysis, including the principles of systematicity.

Results and discussion. The research established the insufficient awareness in patients with AMI that had the higher and secondary education in the occurrence of chest pain of such behavioral actions of human as temporal dimension of pain (in years); the independent use of medicines; appealing for medical aid; methods and timely delivery to the profile inpatient department of hospital and understanding of the content of availability of «therapeutic window» that convincingly confirms the low level of sanitary and educational work as preventive technology on these issues among the population at the primary level of medical support in the current health care system of Ukraine that leads to the late diagnostic and untimely treatment and costly enough financial resource in the cardiac care inpatient department in the treatment of this pathology.

Conclusions. The obtained results showed the necessity of the significant correction of the sanitary and educational activities among the population with attraction of the physicians of the primary (general practitioners, sanitary and prophylactic physicians) and secondary (cardiologists) levels. This will enable the formation of the adequate conscious behavioral actions in a subject after the chest pain onset; it will have a positive impact in terms of the timely and qualitative specialized and highly specialized cardiovascular care, and will improve the negative dynamics of morbidity and mortality among Ukrainian population due to the AIM.

Key words: chest pain, patient, level of education, awareness of behavioral actions, acute myocardial infarction, doctors, primary level of medical support, sanitary and educational work, timeliness, quality of medical aid.