

На правах рукописи

**БУЛАХОВА
Ирина Юрьевна**

**ОБЪЕМ САМО- И ВЗАИМОПОМОЩИ И
СРОКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И
ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ;
ПУТИ ИХ ОПТИМИЗАЦИИ**

**14.00.33 – Общественное здоровье и
здравоохранение**

14.00.06 – Кардиология

**А в т о р е ф е р а т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Москва – 2009

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава»

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор

КОМАРОВ

Георгий Алексеевич

доктор медицинских наук, профессор

РАДЗЕВИЧ

Александр Эдуардович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

КАЛИНИНСКАЯ

Алефтина Александровна

доктор медицинских наук, профессор

АРОНОВ

Давид Меерович

Ведущая организация: ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования Росздрава».

Защита диссертации состоится «__» _____ 2009 г. в 11.00 на заседании диссертационного совета Д.208.110.01 при Федеральном государственном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» (127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Федерального государственного учреждения «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации».

Автореферат разослан «__» _____ 2009 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат медицинских наук

Сошников Е.И.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы

В течение многих лет, по данным Росстата, основной причиной смерти населения России являются болезни системы кровообращения, среди которых ведущее место занимают инфаркт миокарда (ИМ) и ишемический инсульт (ИИ) [Материалы Минздрава России 2003-2005 гг.; Зайратьянц О.В. и др., 2006; Харченко В.И. и др., 2006; II Российский международный конгресс «Цереброваскулярная патология и инсульт», 2008].

В современном мире, при наличии значительных достижений в высокотехнологичных направлениях развития современной кардиологии и неврологии [Харченко В.И. и др., 2006; Шляхто Е.В., 2007; Braunwald E. et al., 2000; Weintraub M., 2006; Demaerschalk B., 2007], возможно проведение эффективной диагностики и лечения данных заболеваний [Стулин И.Д. и др., 2003; Виленский Б.С., 2005; Груздев А.К., 2005; Ермошкина Н.Ю., 2007; Kaste M., 2006], как на догоспитальном этапе лечения (ДГЭ), так и в условиях специализированного отделения стационара [Пархоменко А.Н. и др., 2004; Груздев А.К., 2005; Ермошкина Н.Ю., 2007; Chelsea S. et al., 2001].

Добиться эффективного лечения заболевания возможно лишь при своевременном обращении за медицинской помощью и грамотных действиях пациента и его родственников до прибытия врача [Староверов И.И., Коткин К.Л., 2004; Терещенко С.Н., 2007; Дежурный Л.И. и др., 2008; Furlan A., 2006].

Установлено, что в большинстве случаев больные ИМ погибают до поступления в стационар, а процесс госпитализации происходит со значительным запозданием [Голиков А.П., Заикин А.М., 1990; Гуглин Э.Р., 1997; Ипатов П.В., 2005; Терещенко С.Н., 2007]. Основной причиной несвоевременного поступления больных ИМ и ИИ в стационар является поздняя обращаемость за медицинской помощью [Куница Л.Д. и др., 1989; Мелентьев И.А. и др., 2006].

Несмотря на проводимые мероприятия по первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [Стулин И.Д. и др., 2003; Калинина А.М., 2006; Скворцова В.И. и др., 2006; Лазебник Л.Б., 2007], преобладающее количество пациентов [Виленский Б.С., 2005], не имеют достаточной информации о степени риска для жизни при возникновении симптомов заболевания, о важности

немедленного приема препаратов и срочности обращения за медицинской помощью. До сих пор нет единого мнения относительно реализации первичной профилактики [Калинина А.М., 2006; Симоненко В.Б. и др., 2005; Оганов Р.Г. и др., 2007]. Отсутствие у населения знаний о само- и взаимопомощи как об одном из компонентов профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) ведет к поздней госпитализации при развитии ИМ и ИИ, что в дальнейшем влечет за собой развитие осложнений.

Наряду с поздней обращаемостью больных ИМ и ИИ к врачу широко распространены отсутствие адекватной фармакотерапии и низкая приверженность больного к лечению при стабилизации состояния [Карпов Ю.А., 2006; Марцевич С.Ю., 2006; Конради А.О., 2007].

Между тем, такие сердечно-сосудистые заболевания, как ИМ и ИИ, при своевременном применении лечебно-диагностических мероприятий являются, в большинстве случаев, управляемыми формами патологии, а потому поиск путей совершенствования организации оказания медицинской помощи эти больным является важнейшей задачей здравоохранения и исследования в этом направлении могут способствовать снижению заболеваемости и, особенно, смертности от этих ведущих форм ССЗ [Верткин А.Л. и др., 2005; Груздев А.К. и др., 2005; Braunwald E. et al., 2000; Demaerschalk B., 2007].

Большинство проводимых исследований догоспитального этапа лечения у больных ИМ и ИИ посвящены вопросам изучения своевременности и качества медицинской помощи в целях дальнейшего ее совершенствования [Панкин О.А., 1999; Панкин О.А., 2002; Верткин А.Л. и др., 2005; Ермошкина Н.Ю., 2007]. При этом изучение степени информированности больных о характере и объеме само- и взаимопомощи при возникновении ИМ и ИИ остается недостаточным, в связи с чем актуальность исследования остается достаточно высокой.

Цель работы: научное обоснование рекомендаций по совершенствованию само- и взаимопомощи больным инфарктом миокарда и ишемическим инсультом на основании изучения объема и характера само- и взаимопомощи, времени вызова скорой медицинской помощи, своевременности госпитализации и исходов заболеваний.

Задачи исследования:

1. Определить характер само- и взаимопомощи при первых признаках инфаркта миокарда и ишемического инсульта в зависимости от различных социально-гигиенических факторов.

2. Изучить характер клинического течения и исходы острого инфаркта миокарда и ишемического инсульта в зависимости от организации оказанной само- и взаимопомощи, срока обращения за медицинской помощью, а также от различной степени информированности пациента о своем заболевании.

3. Определить основные причины неадекватной само- и взаимопомощи и степень влияния различных клинико-анамнестических факторов на своевременность госпитализации и исход заболевания.

4. Дать сравнительную оценку влияния причин позднего обращения за медицинской помощью на своевременность госпитализации и дальнейший исход заболевания.

5. Разработать рекомендации по оптимизации организационных форм само- и взаимопомощи на догоспитальном этапе лечения больным инфарктом миокарда и ишемическим инсультом.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые:

- Проведена комплексная оценка развития ИМ и ИИ в зависимости от времени и объема само- и взаимопомощи при возникновении первых симптомов заболевания, своевременности поступления больного в стационар.

- Применена методика анонимного анкетирования больных с ИМ и ИИ с целью изучения клинического течения заболевания и его различных исходов в зависимости от времени поступления больного в стационар, степени информированности пациентов и их клинико-анамнестических данных.

- Установлена зависимость между выявленным объемом владения навыками само- и взаимопомощи при ИМ и ИИ, сроком госпитализации и дальнейшим исходом заболевания.

- Определена связь неадекватной доврачебной само- и взаимопомощи, позднего обращения к врачу, осложненного течения и неблагоприятного исхода заболевания.

- Разработаны методические рекомендации для населения по оптимальному объему само- и взаимопомощи на догоспитальном этапе лечения больным инфарктом миокарда и ишемическим инсультом.

Научно-практическая значимость исследования

Материалы исследования были использованы:

- в методических рекомендациях для населения, содержащих алгоритм мероприятий само- и взаимопомощи при возникновении первых симптомов ИМ и ИИ, включающих своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи (СМП) и адекватную начальную фармакотерапию (при необходимости – применение сердечно-легочной реанимации), которые были внедрены в практическую деятельность ГКБ № 50, ГКБ № 52, Городской поликлиники №40;

- в учебном процессе кафедры терапии № 1 ФПДО и кафедры общей гигиены МГМСУ.

Апробация работы

Основные положения диссертационной работы доложены на:

- втором международном форуме «Неотложная медицина в мегаполисе» (г. Москва, 20-21 апреля 2006 г.);

- конференции молодых ученых «Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины (г. Санкт-Петербург, 16 мая 2007 г.).

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Низкий уровень знаний о важности своевременной госпитализации от момента возникновения сосудистой катастрофы определяет неблагоприятный исход заболеваний и высокие показатели летальности у больных с инфарктом миокарда и ишемическим инсультом, которые поступают на этап оказания специализированной медицинской помощи со значительным запозданием, с упущением времени для проведения лечебных мероприятий (тромболизиса и т.д.).

2. Эффективность специализированной медицинской помощи больным с инфарктом миокарда и ишемическим инсультом, сокращение числа осложнений и неблагоприятных (в том числе смертельных) исходов заболеваний возможна только при проведении комплексных мероприятий по расширению информированности населения относительно оптимального объема само- и взаимопомощи и своевременного обращения за специализированной медицинской помощью.

3. Оптимизация само- и взаимопомощи у больных инфарктом миокарда и ишемическим инсультом на догоспитальном этапе лечения состоит, главным образом, в расширении информированности населения путем разработки методических рекомендаций, что может способствовать своевременному обращению за медицинской помощью и грамотным действиям больного и его окружения.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 10 научных работ, из них 1 – в отечественном рецензируемом журнале, рекомендованном ВАК.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 191 странице машинописного текста и состоит из введения, 5 глав (обзор литературы, описание материала и методов исследования, собственные результаты и их обсуждение), заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы из 211 источников (150 отечественных и 61 зарубежных авторов) и 12 приложений. Работа иллюстрирована 33 таблицами, 9 рисунками и 1 схемой.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность темы, определены цель и задачи, изложена научная новизна и научно-практическая значимость работы, ее апробация, основные положения, выносимые на защиту, внедрение результатов в практику.

В первой главе (обзор литературы) проведен анализ проблемы позднего оказания медицинской помощи больным ИМ и ИИ на ДГЭ. Рассмотрены основные аспекты эпидемиологии, этиологии и патогенеза ИМ и ИИ. Оценена важность раннего начала лечебно-диагностических мероприятий, их значение на различных этапах заболевания. Представлен обзор отечественных и зарубежных источников литературы касающихся поздней обращаемости населения за медицинской помощью. Выяснено, что осведомленность большинства населения относительно данных заболеваний крайне низка, при этом наблюдается чрезвычайно малая приверженность к соблюдению врачебных рекомендаций, в т.ч. коррекции факторов риска, как в рамках первичной, так и вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Однако вопросы анализа влияния объема само- и взаимопомощи больных ИМ и ИИ

на течение и дальнейший исход заболеваний до настоящего времени изучены недостаточно.

Вторая глава. Методика и организация исследования. Исследование проводилось в динамике за 2004 - 2007 гг. по планам НИР Московского государственного медико-стоматологического университета. Согласовано с Департаментом здравоохранения г. Москвы и Этическим комитетом МГМСУ. Базами исследования являлись ГКБ № 33 и ГКБ № 50.

Материалом для исследования являлись «анкеты-опросники», в которых предусматривалось выяснение времени, которое прошло от первых симптомов заболевания до начала оказания само- и взаимопомощи и обращения к врачу, объем и хронология оказания само- и взаимопомощи, клинико-anamnestические данные, информированность пациента относительно заболевания и объема необходимой само- и взаимопомощи. Выяснялись также причины позднего обращения к врачу, причины поздней и неадекватной само- и взаимопомощи. Анкета больного ИМ состояла из 76 пунктов, больного ИИ – из 84 пунктов.

Всего в исследование было включено 403 человека, из них 203 с ИМ и 200 с ИИ. Возраст обследованных нами больных колебался от 45 до 95 лет. Средний возраст пациентов с ИМ составлял: без ишемической болезни сердца (ИБС) в предшествующем анамнезе $55,8 \pm 9,4$ лет у мужчин и $65,5 \pm 11,6$ лет у женщин, а пациентов, имеющих ИБС в анамнезе, – $67,8 \pm 11,3$ и $73,9 \pm 11,8$ лет соответственно. У пациентов с ИИ средний возраст у лиц с первичным заболеванием составлял $61,6 \pm 10,3$ лет у мужчин и $68,8 \pm 11,2$ лет у женщин, с повторным – $67,1 \pm 9,5$ и $74 \pm 7,9$ лет соответственно.

Все обследованные нами пациенты получали лечение в соответствии со стандартами, утвержденными для данных заболеваний в г. Москве. Вместе с тем необходимо отметить, что при отсутствии документального подтверждения диагноза «инфаркт миокарда» либо «ишемический инсульт» при выписке пациент из исследования исключался.

Экспертиза проводилась специально созданной комиссией, в состав которой входили заведующие отделениями, врачи-специалисты (кардиолог и невролог) при руководстве и непосредственном участии автора.

Программа исследования была разработана с учетом соответствия с целью и задачами исследовательской работы и включала 7 этапов, которые представлены в схеме 1.

Схема 1

Программа исследования

Этап	Содержание исследования	Методы исследования, сбора, анализа и обработки информации	Объем исследования (количество единиц информации)
I	Использование накопленных знаний по этиологии и патогенезу ИМ и ИИ на разных стадиях развития заболевания для определения возможности оказания само- и взаимопомощи на ДГЭ, степени информированности населения различных стран относительно возможности развития ИМ и ИИ, времени их поступления в стационар.	Подбор, изучение, анализ отечественной и зарубежной литературы, ресурсов сети Internet по вопросам анализа ДГЭ больных ИМ и ИИ.	Список использованной литературы включает 211 источников, в т.ч. 150 отечественных и 61 зарубежный.
II	Анализ хронологии и объема само- и взаимопомощи у больных ИМ и ИИ на ДГЭ, степени информированности пациентов, течения заболевания, воздействия внешних факторов, срока госпитализации.	Социологический (опрос методом формализованного интервью по анкетам-опросникам); статистический (выкопировка сведений из медицинской документации).	403 анкеты-опросника, 403 выкопировки из медицинской карты стационарного больного и сопроводительного листка бригады СМП, составление и анализ базы данных.
III	Окончательное формирование выборки путем подтверждения (либо опровержения) диагноза, согласно данным выкопировки из меддокументации стационара.	Статистический (обработка и анализ); экспертных оценок; непосредственного наблюдения (монографический).	403 выкопировки из медицинской карты стационарного больного (данных выписного эпикриза у выживших лиц, либо патологоанатомического вскрытия у умерших).
IV	Сравнительная оценка течения и исхода заболевания у больных ИМ и ИИ в зависимости от хронологии и объема само- и взаимопомощи на ДГЭ, времени поступления в стационар; анализ спектра факторов, влияющих на своевременность и объем самопомощи и время обращения за медицинской помощью.	Социологический (опрос методом формализованного интервью по анкетам-опросникам); статистический анализ.	403 анкеты-опросника, 403 выкопировки из медицинской карты стационарного больного и сопроводительного листка бригады СМП.
V	Дополнительное исследование ДГЭ у больных ИМ, поступивших в КРО в течение первых суток.	Социологический (опрос методом формализованного интервью по сокращенным анкетам-опросникам из 7 пунктов); статистический.	102 анкеты-опросника, 102 выкопировки из медицинской карты стационарного больного.
VI	Разработка методических рекомендаций, включающих алгоритмы само- и взаимопомощи при возникновении первых симптомов ИМ и ИИ для пациентов.		1
VII	Оформление результатов исследования в виде кандидатской диссертации, публикация основных положений в медицинских изданиях, издание методических рекомендаций и внедрение их в клиническую и педагогическую практику.		

Одной из составных частей проводимого исследования был опрос методом формализованного интервью пациентов, поступивших в кардио-реанимационное отделение (КРО) с диагнозом «инфаркт миокарда» в течение первых суток с помо-

щью сокращенной анкеты из 7 пунктов. Всего в КРО были опрошены 102 чел., в т.ч. 54 мужчины и 48 женщин.

При проведении статистической обработки результатов исследования применялись формулы санитарной статистики (А.М. Мерков, Л.Е. Поляков, Д. Щепетлиев и др.). Объем выборки рассчитывался по формуле¹.

Качественная репрезентативность определялась типологическим отбором из однородных по составу групп. Далее с использованием программы «Excel» создавалась база данных, затем применялась программа Statistica 5.1 for Windows (StatSoft Inc., USA) и Statistica 6.0, было проведено определение статистической значимости между сопоставляемыми данными (использовался критерий Стьюдента и непараметрический критерий χ^2 , количественные данные представлены в виде средних значений $M \pm \delta$, медианы, межквартильного диапазона вариации Q25-Q75. Количественные переменные описывались следующими статистиками: числом пациентов, среднеарифметическим значением (M), стандартным отклонением от среднеарифметического значения (δ), 25-м и 75-м перцентилями, медианой. Качественные переменные описывались абсолютными и относительными частотами (процентами). Различия считались статистически значимыми при уровне ошибки $p < 0,05$. После импорта результатов исследования из MS Excel в «ДА-систему» (версия 5.0 для Windows) Light был сформирован словарь переменных, с помощью которого в дальнейшем были составлены таблицы распределений и таблицы правил, согласно которым осуществлялся дальнейший анализ полученных данных. Далее исследование проводилось с помощью «ДА-системы» с анализом отдельных элементов с помощью программы «Statistica 6.0».

Глава третья. Влияние социально-гигиенических факторов на хронологию и объем само- и взаимопомощи при первых признаках инфаркта миокарда и ишемического инсульта.

¹ $n = (p \cdot q \cdot t^2 \cdot N) / (N \cdot \Delta^2 + p \cdot q \cdot t^2)$, где: n – минимальный объем выборки; t – доверительный коэффициент (t = 2 при p = 0,05); p – частота появления признака в совокупности, показатель вероятности изучаемого явления (в данной ситуации неизвестен и поэтому принимается равным максимальному возможному значению 50%). q = 100 – p; показатель альтернативности, альтернативный p показатель, Δ (дельта) – предельная ошибка показателя, принятая за 0,2 p; N – численность генеральной совокупности

Установлено, что больные ИМ сразу после начала заболевания не оказывали себе адекватной помощи и обращались к врачу с запозданием 7 и более часов. В течение первого, «золотого» часа из числа обследованных нами больных были госпитализированы единицы (2%). В течение первых 3 ч от начала ИМ среди мужчин был госпитализирован каждый пятый (18,7%) больной ИМ с дебютом заболевания и каждый четвертый (24%) с ИБС в анамнезе. Женщины в течение первых 3 ч поступали в единичных случаях.

В интервале от 3 до 6 ч от первых симптомов ИМ была госпитализирована каждая третья (29,6%) женщина с дебютом заболевания. Мужчины с дебютом заболевания (4,2%, $p_{\text{м. без ИБС в анамн.} - \text{ж. без ИБС в анамн.}} < 0,05$) и женщины с ИБС в анамнезе (29,2%, $p_{\text{ж. без ИБС в анамн.} - \text{ж. с ИБС в анамн.}} < 0,05$) поступали в стационар в данный временной промежуток гораздо реже.

Таким образом, всего в течение первых суток от начала заболевания было госпитализировано немногим более половины больных ИМ (58,4-66%), за исключением мужчин с дебютом заболевания, которых было еще меньше ($p_{\text{м. без ИБС в анамн.} - \text{м. с ИБС в анамн.}} < 0,05$), что в дальнейшем способствовало развитию осложнений.

Нитроглицерин (НГ) при первых признаках ИМ принимали менее половины пациентов с ИБС в анамнезе (28% мужчин и 40% женщин) и лишь единицы без ИБС - 14,6 и 4,2% соответственно ($p_{\text{м. без ИБС в анамн.} - \text{м. с ИБС в анамн.}} = 0,06$; $p_{\text{ж. без ИБС в анамн.} - \text{ж. с ИБС в анамн.}} < 0,001$).

Следует указать, что среди мужчин наиболее эффективно оказывали себе помощь и раньше всех обращались к врачу лица с высшим образованием, холостые и проживающие одиноко, а среди женщин – со средним образованием, замужние и проживающие с семьей.

Полученные данные подтверждены с помощью «ДА-системы». Не принимали никаких препаратов (или принимали корвалол) среди мужчин с ИБС в предшествующем анамнезе проживающие с семьей, неработающие со средним образованием (точность 0,80; полнота 0,34). Женщины с ИБС в анамнезе принимали НГ при отсутствии занятости, наличии замужества и среднего образования (точность 0,59; полнота 0,31).

Анализ полученных результатов опроса больных с ИИ показал, что они чаще всего не принимали никаких лекарственных препаратов (79,3-95,5%).

Было установлено, что, бригаду скорой медицинской помощи (СМП) больные ИМ и ИИ вызывали в большинстве случаев не ранее чем через 7 ч от первых признаков заболевания.

На рис. 1 представлена динамика вызова бригады СМП от первых симптомов заболевания.

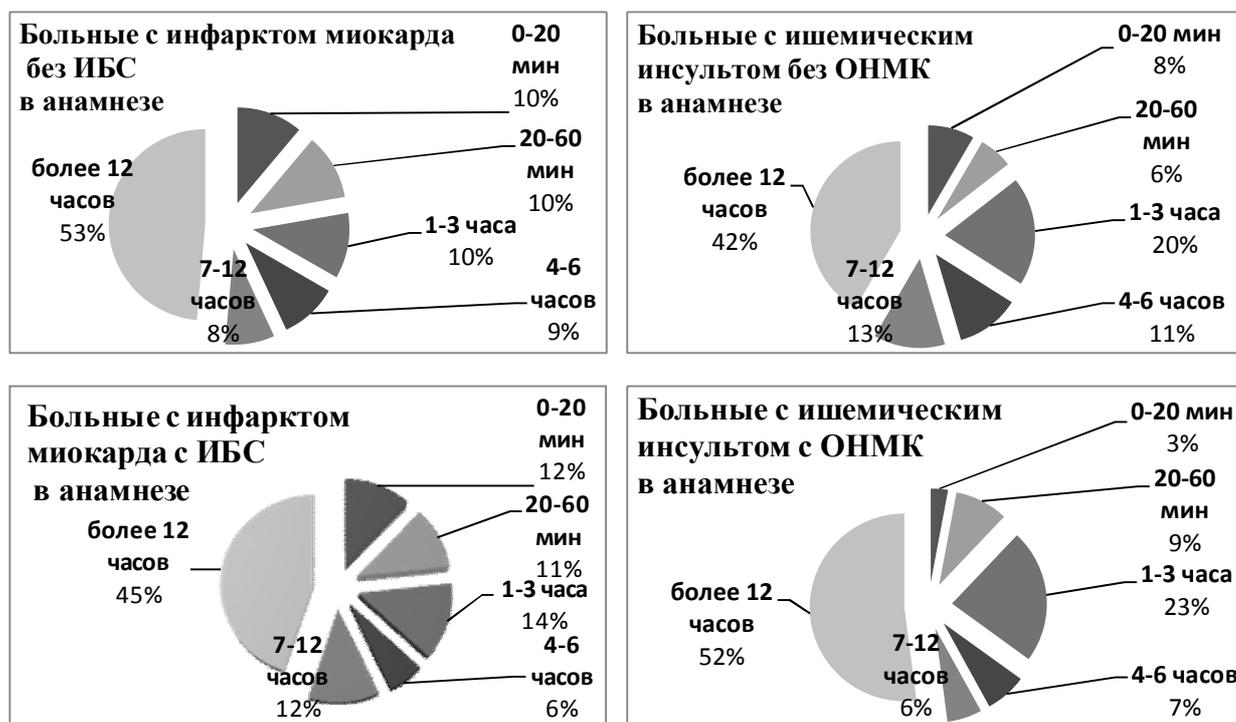


Рис. 1. Время от первых симптомов заболевания до вызова бригады скорой медицинской помощи, % к исходу.

Сроки обращения за СМП в течение первого часа составили 20-23% для больных ИМ и 12-14% для больных ИИ.

Известно, что при оказании адекватной медицинской помощи больному ИИ в пределах «терапевтического окна» (т.е. в течение первых 6 ч от начала заболевания) возможно сохранение ишемизированной, но еще жизнеспособной мозговой ткани («пенумбры»), которая располагается вокруг очага поражения [Гусев Е.И., 2006; Скворцова В.И., 2008].

В процессе исследования было выяснено, что наибольшая доля (58%) пациентов с ИИ обратилась за медицинской помощью спустя более 7 ч и позже от первых симптомов заболевания (из них большинство – позже чем через 12 ч), что в дальнейшем способствовало увеличению числа неблагоприятных исходов.

Настораживает, что спустя более 12 часов от начала заболевания за медицинской помощью обратились 45-53% больных ИМ и 42-52% больных ИИ, что свидетельствует о низкой настороженности к своему здоровью и низкой медицинской активности.

Следует отметить, что у больных ИИ в отличие от больных ИМ неработающие мужчины вызывали бригаду СМП гораздо быстрее работающих, тогда как у женщин занятость на время обращения за медицинской помощью практически не влияла. При первичном инсульте раньше к врачу обращались женщины с высшим образованием, а со средним – мужчины. При повторном инсульте чаще это были пациенты с высшим образованием вне зависимости от пола.

Было установлено, что если в течение первого часа вне зависимости от предшествующего анамнеза чаще обращались за помощью одинокие пациенты, то в пределах «терапевтического окна» лидировали проживающие с семьей.

Таким образом, даже в таком крупно мегаполисе, как г. Москва, доля пациентов, обратившихся за СМП в поздние сроки неоправданно велика – до 90% среди больных ИМ и до 88% – среди больных ИИ. Это свидетельствует о низкой настороженности населения к своему здоровью и низкой медицинской активности.

Глава четвертая. Клиническое течение и исходы инфаркта миокарда и ишемического инсульта в зависимости от информированности пациентов, времени оказания само- и взаимопомощи, сроков вызова СМП и времени поступления в стационар.

Проведенное нами исследование показало, что течение заболевания и его исход, напрямую зависят от адекватности оказанной само- и взаимопомощи и ее своевременности. Более половине пациентов с ИБС в анамнезе, выписанных из стационара без осложнений, была оказана само- и взаимопомощь в течение первого, «золотого» часа.

По нашим данным, своевременно принятая первая доза НГ (рис. 2) способствовала снижению количества тяжелых осложнений в 2 раза (по сравнению с теми, кто не принимал никаких лекарственных средств) вне зависимости от пола. Своевременно принятая вторая доза НГ также, возможно, позволила бы сократить число осложнений, однако ее принимали только 14% мужчин и 12,7% женщин с ИБС в анамнезе.

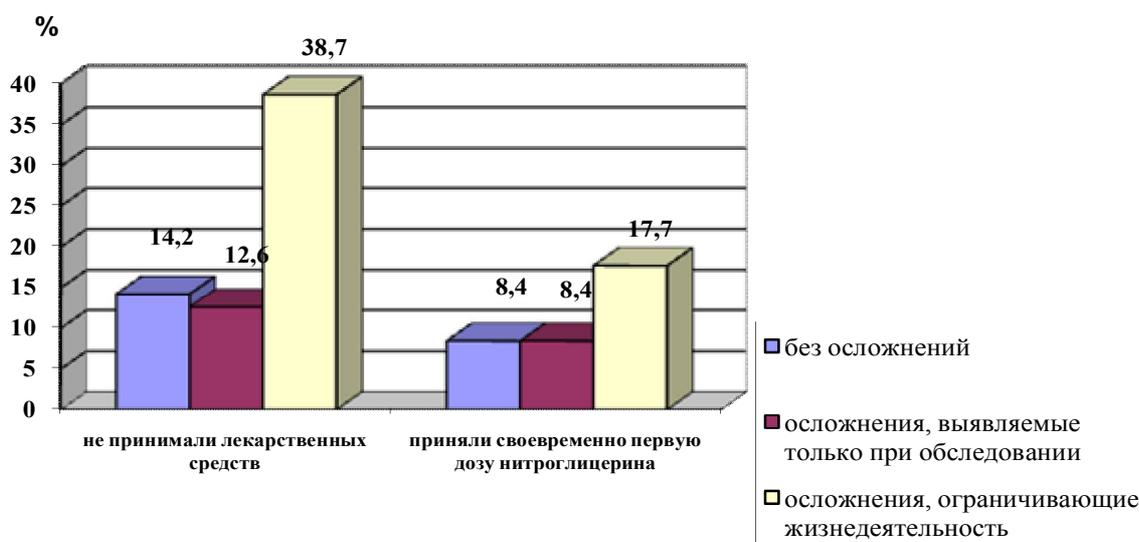


Рис. 2. Влияние приема первой дозы нитроглицерина на исход заболевания, % к числу опрошенных.

Анализ полученных данных показал, что среди пациентов, не принимавших никаких лекарственных средств, осложнения наблюдались в 4/5 случаев среди лиц с ИБС в анамнезе (в том числе у 75,1% мужчин и 77,8% женщин), а в случае дебюта заболевания – у половины (53,1%) мужчин и 2/3 (71,4%) женщин. Осложнения различной степени тяжести при выписке из стационара чаще всего имели место при оказании самопомощи через 3 ч и позже.

Результаты исследования свидетельствуют, что при обращении за медицинской помощью при ИМ в первый, «золотой» час избежать осложнений удалось половине пациентов обоего пола с ИБС в анамнезе (пациенты с дебютом заболевания в данный срок практически не обращались). Количество случаев неосложненного исхода заболевания уменьшалось с каждым часом от времени вызова СМП в порядке обратной геометрической прогрессии, особенно для пациентов с ИБС в анамнезе. В случае неосложненного исхода при дебюте заболевания около половины пациентов обратилось к врачу в первые 12 ч.

Установлено, что среди пациентов с первичным инсультом, вызывавших врача в пределах часа от начала заболевания, случаи выписки больных из стационара с осложнениями были единичны. При обращении за помощью после «терапевтического

окна» без осложнения не был выписан практически ни один больной, а более трети из них при выписке из стационара нуждались в постоянном постороннем уходе.

Всего в первые сутки от начала заболевания в стационар поступили 64,7% мужчин и 73,1% женщин с первичным ИИ (из них в пределах «терапевтического окна» – 30,8 и 30,3% соответственно), с повторным ОНМК – 61,7% мужчин и 82,6% женщин (25,7 и 44,8%). Этим во многом определяется значительное число осложнений, которое возможно предотвратить при своевременном начале лечения.

Расчеты показали, что среди лиц с дебютом ИИ, поступивших в первые сутки и выписанных с осложнениями, не нарушающими самообслуживания оказалось 65,9% мужчин и 67,8% женщин (в пределах «терапевтического окна» – 31,4% мужчин и 35,8% женщин), нарушающими – все женщины (10 человек) и большинство мужчин (5 из 8), умерших – 2/3 лиц обоего пола (14 из 20).

В процессе исследования было установлено, что среди пациентов с повторными ОНМК, выписанных с осложнениями, не нарушающими способности к самообслуживанию, в первые сутки поступили около половины женщин и 63,5% мужчин (при этом в пределах «терапевтического окна» 45,4% и единицы – среди женщин. Этим, вероятно, и объясняется более высокий уровень смертности среди женщин с повторным ОНМК, нежели у мужчин. Практически все пациенты с повторными ОНМК, нуждавшиеся на момент выписки в посторонней помощи, либо умершие, поступили после «терапевтического окна» (72,4%). Среди пациентов, поступивших в стационар на вторые сутки и позже, случаи отсутствия осложнений при выписке были единичными (4,9%) – только среди пациентов с дебютом заболевания.

Далее был проведен анализ своевременности поступления в стационар и дальнейший исход заболевания больных ИМ и ИИ в зависимости от различной степени информированности пациента о своем заболевании (табл. 1).

Среди больных ИМ, не имевших ИБС в анамнезе, о необходимости своевременного вызова СМП знали 12,5%, а о том, что надо делать при возникновении приступа стенокардии, знали 8,4 -4,2% мужчин и женщин (соответственно).

Большинство (73%) хорошо информированных пациентов относительно возможного возникновения приступа стенокардии с ИБС в анамнезе было госпитализировано в первые сутки от развития заболевания (к сожалению, в возможное для тромбозиса время – единицы), среди неинформированных – 46,7% ($t \geq 2,2$).

**Информированность больных инфарктом миокарда
относительно своего заболевания, % к итогу**

Признак		Мужчины без ИБС в анамнезе	Мужчины с ИБС в анамнезе	Р.м. без ИБС в анамн. - м . с ИБС в анамн.	Женщины без ИБС в анамнезе	Женщины с ИБС в анамнезе	Р.ж. без ИБС в анамн. - ж.с ИБС в анамн.
Что такое приступ стенокардии	Хорошо информирован	12,5	58	<0,05	4,2	58	<0,05
	Плохо информирован	12,5	22	-	20,8	17,3	-
	Совсем не информирован	75	20	<0,05	75	24,7	<0,05
	Итого	100	100	-	100	100	-
Возможность безболевого варианта инфаркта миокарда	Хорошо информирован	6,2	16	<0,05	0	23,5	<0,05
	Плохо информирован	2,1	22	<0,01	4,2	16	-
	Совсем не информирован	91,7	62	<0,01	95,8	60,5	<0,05
	Итого	100	100	-	100	100	-
Когда надо вызывать скорую медицинскую помощь	Хорошо информирован	12,5	48	<0,01	12,5	55,6	<0,05
	Плохо информирован	25	34	-	33,3	27,1	-
	Совсем не информирован	62,5	18	<0,01	54,2	17,3	<0,05
	Итого	100	100	-	100	100	-
Что надо принимать во время приступа стенокардии	Хорошо информирован	8,4	46	<0,01	4,2	54,4	<0,05
	Плохо информирован	14,6	34	<0,01	20,8	27,1	-
	Совсем не информирован	77	20	<0,01	75	18,5	<0,05
	Итого	100	100	-	100	100	-

При этом если из числа неинформированных больных, обратившихся к врачу в первые сутки от развития ИМ было госпитализировано всего 43,9%, то среди хорошо информированных – 62,8%, причем большинство – в первые 6 ч ($t \geq 2,2$).

Среди хорошо информированных больных ИМ независимо от пола и наличия в анамнеза ИБС был выписан без осложнений почти каждый третий – 27%, с осложнениями различной степени тяжести – 73% ($t \geq 2,2$). При этом среди пациентов с дебютом заболевания, выписанных из стационара с осложнениями, ничего не знали о необходимости своевременности обращения за медицинской помощью 59,5%, тогда как среди пациентов с ИБС в анамнезе – 18,8% ($t \geq 2,2$).

Изучение катамнеза умерших от ИИ показало, что хорошо знал о своем заболевании только каждый шестой, тогда как среди выписанных без осложнений (или с осложнениями без нарушений способности к самообслуживанию) хорошо инфор-

мированных было в 2 раза больше, а неинформированных – в 1,5 раза меньше. Это также свидетельствует о положительном влиянии информированности на течение заболевания.

Сравнительная оценка влияния различных причин позднего обращения за СМП на своевременность госпитализации и дальнейший исход заболевания установила, что основной причиной позднего обращения за медицинской помощью большинство больных ИМ считали отсутствие информации о том, при каких симптомах и насколько срочно необходимо вызывать бригаду СМП вследствие чего в первые сутки в стационар было доставлено менее половины пациентов.

Анализ показал, что если в случаях повторного заболевания сроки поступления в стационар задерживались в пределах «терапевтического окна», то при первичном ИИ поступление в больничное учреждение задерживалось до суток.

Плохая информированность населения вызывает увеличение числа осложнений при выписке из стационара. Так среди мужчин с ИБС в анамнезе число осложнений у неинформированных было в 1,5 раза больше, чем у информированных.

Было установлено, что хорошо информированные пациенты с ИИ, главным образом женщины, своевременно поступали в стационар в 1,5 раза чаще, а умирали и нуждались в постороннем уходе вдвое реже.

Анализ полученных данных показал, что негативное влияние на сроки госпитализации больных ИМ оказали низкая настороженность и надежда на выздоровление без вмешательства врача при умеренном болевом синдроме («думал, пройдет»). Число лиц, поступивших в стационар в первые сутки с низкой настороженностью почти в 2 раза меньше, чем с высокой, что ведет к росту количества осложнений ИМ. В течение первых суток среди низконастороженных в стационар было доставлено только 36,7% больных с дебютом заболевания и 42,9% – с предшествующим анамнезом ИБС. Между тем, среди высоконастороженных, эти показатели составили 56,1 и 71,9% соответственно ($p < 0,05$).

Анализ показал, что у больных ИИ с низкой настороженностью, количество нуждавшихся в постоянном постороннем уходе либо умерших в 2 раза больше, чем у высоконастороженных. Большинство низконастороженных поступало в стационар на вторые сутки и позже.

Так, в пределах «терапевтического окна» среди лиц с дебютом заболевания было госпитализировано 29,1% мужчин и 27,2% женщин, в первые сутки – 58,3 и 58,9% соответственно. У лиц с высокой настороженностью к заболеванию ситуация была более благоприятная: в пределах «терапевтического окна» поступили в стационар 31,8% мужчин и 48,9% женщин, в первые сутки – 68,5 и 81,5% соответственно.

Так, среди больных ИМ без ИБС в анамнезе, которые потенциально могли оказать себе помощь, в первые сутки были госпитализированы только 45,5%. Всего среди больных с ИБС в анамнезе в первые сутки поступило около половины, из них 62,5% не смогли сразу вызвать врача из-за тяжести состояния.

В процессе исследования было установлено, что больные, не оказавшие самопомощь вследствие внезапно наступившего тяжелого состояния, были выписаны из стационара: с осложнениями – 80% и без осложнений – 20%.

Отсутствие само- и взаимопомощи вследствие тяжелого состояния больным ИИ увеличивает их нуждаемость после выписки в постоянном постороннем уходе почти в 3 раза.

Полученные данные подтверждены результатами «ДА-анализа» у больных ИМ с ИБС в анамнезе, госпитализированных в течение первых суток: в случае сочетания хорошей информированности относительно симптомов ИМ и фармакотерапии при их возникновении и своевременности обращения к врачу у мужчин (точность 0,70; полнота 0,45) и женщин (точность 0,72; полнота 0,46). Среди больных ИИ сохранили способность к самообслуживанию среди мужчин с первичным ОНМК хорошо информированные относительно симптомов инсульта и своевременности вызова бригады СМП (точность 1,00; полнота 0,14), степени важности двигательных нарушений и своевременности вызова СМП – женщины с первичным ОНМК (точность 0,83; полнота 0,23) и мужчины с повторным ОНМК (точность 0,82; полнота 0,35), женщины с повторным ОНМК только под влиянием хорошей информированности относительно симптомов ОНМК (точность 0,56; полнота 0,38).

Таким образом, чрезвычайно низкая валеологическая грамотность населения и низкая настороженность в отношении своего заболевания сопоставимы с отсутствием возможности оказать себе помощь вследствие тяжелого состояния, а в ряде случаев – преобладают над ним.

Глава пятая. Причины неадекватной само- и взаимопомощи, несвоевременности вызова скорой медицинской помощи и госпитализации больных инфарктом миокарда и ишемическим инсультом. Пути оптимизации само- и взаимопомощи.

Было установлено, что ничего не знали относительно основных мер само- и взаимопомощи при возникновении приступа стенокардии до 75% больных ИМ.

На рис. 3 видно, что при выписке из стационара неосложненный исход заболевания у хорошо информированных больных ИМ встречался в 1,8 раза чаще ($t \geq 2,2$). Среди информированных в первые сутки было госпитализировано около половины больных ИМ, тогда как среди информированных – 2/3 ($t \geq 2,2$).

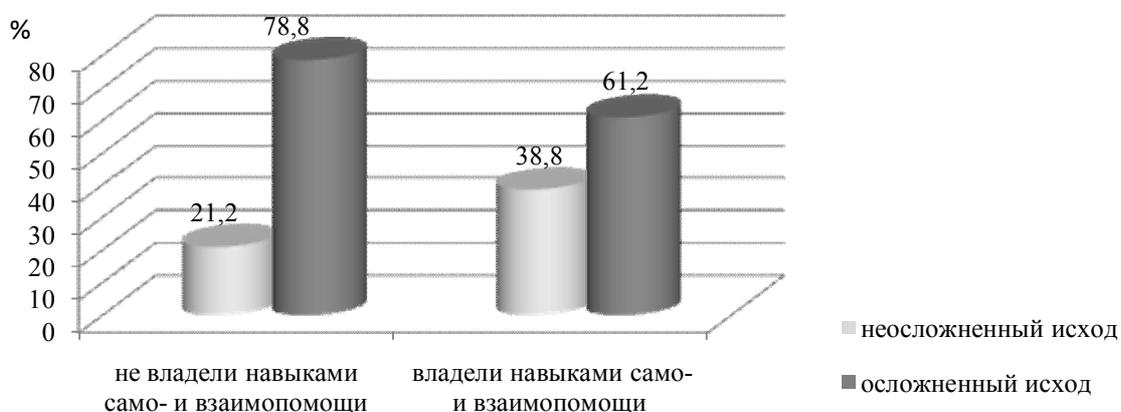


Рис. 3. Влияние на исход заболевания у больных инфарктом миокарда владения навыками само- и взаимопомощи, в % к итогу.

Нами была рассмотрена степень влияния различных клиничко-анамнестических факторов на время поступления в стационар и дальнейший исход заболевания.

Согласно полученным данным, у большинства пациентов с ИМ локализация болевого синдрома была классической, при этом самым тяжелым был последний ангинозный приступ перед вызовом СМП.

Было установлено, что в случае типичного болевого синдрома в течение первых суток были госпитализированы 67,3% больных, имевших ИБС в анамнезе вне зависимости от пола, а также 54,5 % не имевших ИБС в анамнезе (в том числе 42,2% мужчин и 66,7% женщин).

Наиболее выраженное влияние на процесс госпитализации больных ИМ вне зависимости от наличия ИБС в предшествующем анамнезе оказали интенсивность болевого синдрома и одышки, а для пациентов с предшествующим анамнезом ИБС еще и интенсивность головной боли.

Если при умеренном болевом синдроме в первые сутки поступало менее половины пациентов, вне зависимости от пола и наличия предшествующего анамнеза ИБС (43,9%), то при выраженном – 60% , а при ангинозной боли «до стога» или «до крика» - 84,6%.

Результаты проведенного исследования показали, что среди больных с первичным ИИ пациенты с одинаковой выраженностью общемозговых и очаговых симптомов в пределах «терапевтического окна» поступали в 43,6 %, с преобладанием очаговых симптомов – в 30,5%, с преобладанием общемозговых – в 3,7%.

В случае повторного ОНМК в более короткие сроки поступали пациенты с доминированием либо очаговой, либо общемозговой симптоматики. Пациенты, у которых преобладали общемозговые симптомы поступали в стационар в первые сутки, в среднем, в 71,4% случаев; при доминировании очаговых симптомов – в 72%.

У пациентов с преобладанием общемозговых симптомов отмечено более благоприятное течение заболевания. Практически не было летальных исходов, в большинстве случаев при выписке из стационара способность к самообслуживанию нарушена не была.

При дебюте инсульта с преобладанием очаговых симптомов неблагоприятные исходы встречались гораздо чаще (в среднем в 1,5 раза), что было сопоставимо с исходом у пациентов, у которых общемозговые признаки дебютировали одновременно с очаговыми.

У большинства пациентов, проводивших измерение артериального давления (АД), главную роль для настроя на своевременность госпитализации играло систолическое АД.

Согласно результатам ДА-анализа степени влияния различных причин неадекватной само- и взаимопомощи у больных ИМ с ИБС в предшествующем анамнезе, госпитализированных в течение первых суток развития заболевания, наиболее выраженное влияние оказало сочетание хорошей информированности относительно оптимальной само- и взаимопомощи, отсутствие «растерянности» и возможность

оказать себе помощь у мужчин (точность 0,67; полнота 0,58) и женщин (точность 0,65; полнота 0,52).

Было установлено, что осложненный исход заболевания у мужчин с первичным ОНМК наблюдался, главным образом, при отсутствии информированности относительно своевременности и объема самопомощи в сочетании с отсутствием «растерянности», но при наличии возможности оказать себе помощь вследствие нетяжелого состояния (точность 0,92; полнота 0,59). У женщин с первичным ОНМК на развитие осложнений влияло отсутствие возможности себе помочь даже в сочетании с хорошей информированностью (точность 0,92; полнота 0,18), с «отсутствием растерянности» (точность 1,00; полнота 0,28) либо с обоими этими факторами (точность 1,00; полнота 0,15).

В процессе анализа мнения мужчин с повторным ОНМК, было доказано, что даже те, кто считали себя хорошо информированными относительно объема самопомощи (точность 1,00; полнота 0,50), при этом «растерялись» (точность 1,00; полнота 0,25), хотя имели возможность оказать себе помощь (точность 1,00; полнота 0,39). У женщин с повторным ОНМК максимальное влияние оказали такие сочетания предикторов, как плохая информированность в сочетании с отсутствием «растерянности» (точность 0,90; полнота 0,35) и отсутствие возможности помочь себе вследствие тяжелого состояния при хорошей информированности (точность 0,90; полнота 0,35).

Проведенный анализ показал, что основной причиной неадекватной само- и взаимопомощи у больных ИМ и ИИ являлись низкий уровень информированности и валеологической грамотности населения и настороженности в отношении своего заболевания, что определяет актуальность профилактической работы с этим контингентом больных и развития школ здоровья.

На основе проведенного нами исследования были разработаны методические рекомендации для населения «Основные мероприятия само- и взаимопомощи на доврачебном этапе при возможном возникновении ИМ и ИИ». Данные методические рекомендации содержат 3 блока информации:

- описание основных симптомов заболевания (ИМ, ИИ);
- алгоритм действий при возникновении симптомов заболевания;
- необходимость госпитализации по рекомендации врача.

Методические рекомендации были внедрены в трех пилотных ЛПУ г. Москвы и используются в учебном процессе на кафедрах общей гигиены и терапии №1 ФПДО МГМСУ.

Разработанные и реализуемые алгоритмы действий само- и взаимопомощи при приступе стенокардии (с возможным развитием ИМ) и ИИ (рис. 4 и 5) построены на основе результатов исследования, с использованием рекомендаций Европейского совета по реанимации и Американской ассоциации кардиологов, Стандартов по оказанию медицинской помощи, а также с использованием адаптированных материалов памятки «Неотложная помощь при сердечном приступе» (Ипатов П.В., 2000) и аптечки неотложной само- и взаимопомощи при ОНМК «АНП-инсульт».

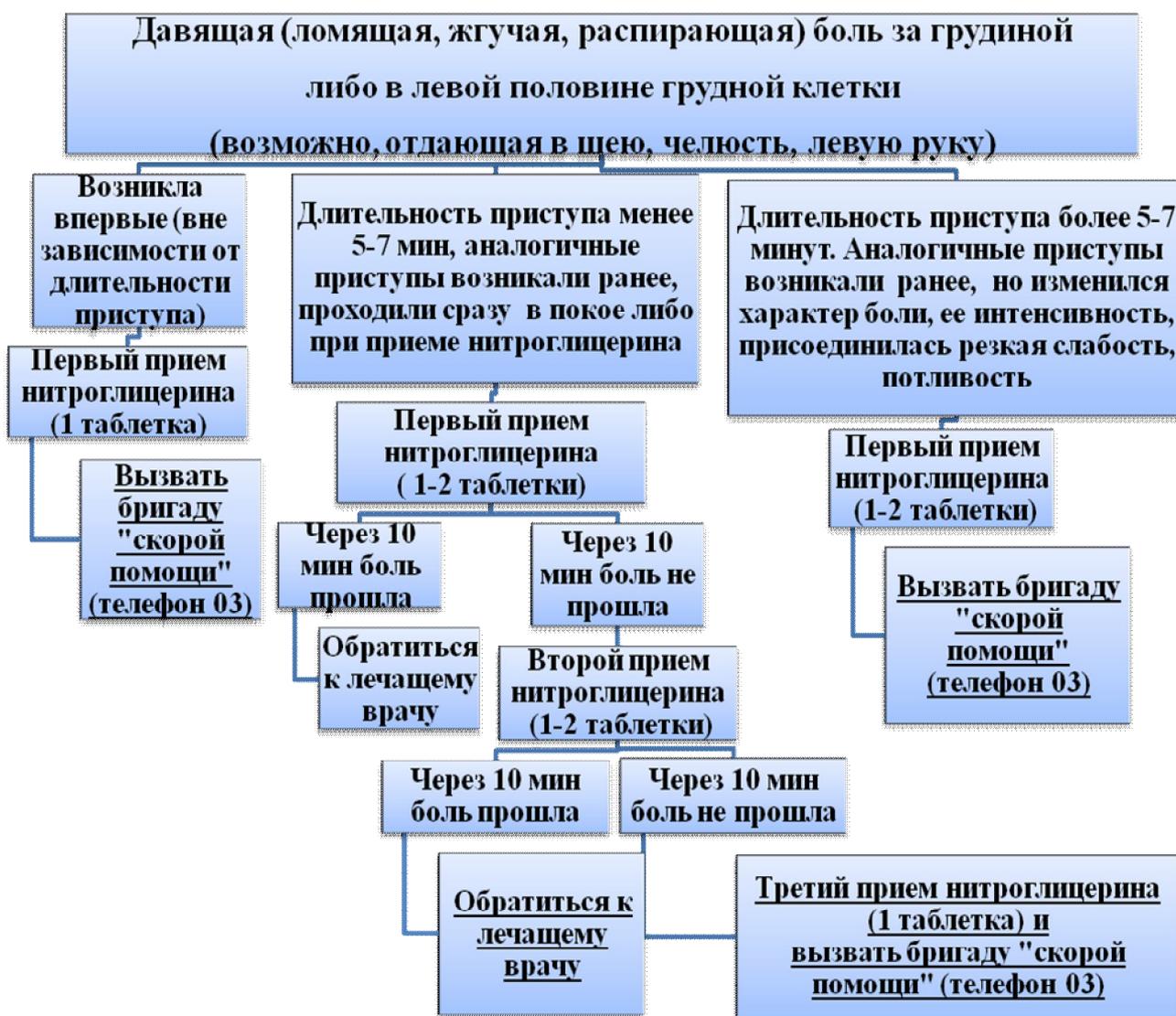


Рис. 4. Алгоритм само- и взаимопомощи при возникновении приступа стенокардии

Если вы или ваш родственник (знакомый, попутчик и т.д.) **внезапно отметили:**

- отсутствие движений или слабость в руке, ноге, половине тела
- «перекосило лицо»
- нарушение зрения
- нарушение речи (произнесение и понимание), глотания

Вызвать бригаду «скорой помощи» (тел. 03)

Дать разжевать (или истолочь в порошок) 2 раза по 5 таблеток глицина (по 100 мг) и принять с интервалом 5 мин (всего 1 г препарата - 10 таблеток)

Рис. 5. Алгоритм само- и взаимопомощи при возникновении церебрального инсульта

В методических рекомендациях даются характеристики основных побочных действий лекарственных препаратов и рекомендации по их предотвращению, наличие противопоказаний к применению лекарственных средств. При соответствующей рекомендации врача обоснована необходимость своевременной госпитализации.

В случае тяжелого течения заболевания с угнетением сознания вплоть до комы в доступной форме, в соответствии с международными рекомендациями, изложены основные мероприятия сердечно-легочной реанимации, показания для их начала и окончания.

Таким образом, разработанный и апробированный в условиях эксперимента алгоритм само- и взаимопомощи для населения повысит информированность населения относительно основных навыков само- и взаимопомощи при ИМ и ИИ, сократит число неблагоприятных исходов этих заболеваний.

ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. При инфаркте миокарда и ишемическом инсульте большая часть пациентов обращалась за медицинской помощью в поздние сроки и крайне редко – в течение первого часа (в пределах «терапевтического окна»). Более половины пациентов не получали адекватной само- и взаимопомощи при первых симптомах заболевания, обращались к врачу с запозданием более 7 часов (48,3-58,7 %). Чаще адекватную само- и взаимопомощь при ИМ получали мужчины с высшим образованием, холостые и проживающие одиноко, а среди женщин – со средним образованием, замуж-

ние и проживающие в семье. Среди больных ИИ раньше всех обращались за помощью женщины с высшим образованием, на втором месте – неработающие мужчины со средним образованием, причем в течение первого часа чаще обращались за помощью одинокие пациенты, а в пределах «терапевтического окна» – проживающие в семье.

2. При адекватно оказанной самопомощи в течение первого, «золотого» часа большинство пациентов с ИМ были выписаны из стационара без осложнений. Количество случаев неосложненного клинического течения и исхода заболевания уменьшалось с каждым часом от времени вызова СМП в порядке обратной геометрической прогрессии. Своевременно принятая первая доза НГ способствовала снижению количества тяжелых осложнений в 2 раза (с 38,7 до 17,2 %, $p < 0,05$). У пациентов с ИИ, вызывавших врача в пределах часа от начала заболевания, случаи выписки с осложнениями были единичны; при обращении за СМП после «терапевтического окна» практически все были выписаны с осложнениями либо умерли.

3. Среди хорошо информированных больных ИМ в первые сутки от развития заболевания было госпитализировано 72,3%, тогда как из неинформированных – 46,7%. Если среди хорошо информированных респондентов не имели осложнений каждый пятый (20,9%), то среди неинформированных были единицы. Среди больных ИИ, выписанных из стационара способных к самообслуживанию, хорошо информированных было в 2 раза больше ($p < 0,05$). Катамнез показал, что, среди умерших в стационаре неинформированных было в 1,5 раза больше.

4. Клинический анализ показал, что у больных ИМ максимальное стимулирующее влияние на процесс госпитализации оказали интенсивность болевого синдрома и одышки. У больных ИИ задерживали госпитализацию двигательные нарушения, а в течение первых суток – и чувствительные (в пределах «терапевтического окна» данный фактор ускорял госпитализацию, равно как и интенсивность общей слабости, головокружения и головной боли). Пациенты, выявившие повышенные значения АД и пульса, были госпитализированы раньше лиц, не проводивших измерение данных параметров.

5. Наиболее частой причиной позднего обращения за медицинской помощью у больных ИМ и ИИ была низкая валеологическая грамотность, отсутствие знаний об

оптимальном времени вызова бригады скорой медицинской помощи, вследствие чего в первые сутки от начала заболевания в стационар было доставлено менее половины больных, а количество осложнений при выписке возрастало в 1,5 раза. Среди низконастороженных больных с ИМ поступили в стационар в первые сутки 39,8% больных, среди высоконастороженных – 64%. Соответственно, возрастало количество осложнений у больных ИМ, поступивших в поздние сроки. Среди больных ИИ количество умерших либо утративших способность к самообслуживанию возрастало в 2 раза ($p < 0,05$), из-за отсутствия возможности помочь себе вследствие тяжести состояния – в 3 раза ($p < 0,05$).

6. Основными причинами неадекватной самопомощи у больных ИМ и ИИ являются отсутствие информации либо неспособность помочь себе вследствие тяжести состояния. В течение первых суток от начала заболевания было госпитализировано 61% хорошо информированных больных ИМ и 51,7% неинформированных. При этом неосложненный исход заболевания у хорошо информированных больных ИМ встречался почти в 2 раза чаще (38,8% против 21,2%), среди пациентов, у которых отсутствовала возможность получения само- и взаимопомощи - в 4 раза реже (6,9% против 26,7%; $p < 0,05$). У больных ИИ отсутствие возможности получения само- и взаимопомощи увеличивало частоту возникновения неблагоприятного исхода заболевания в 3 раза ($p < 0,05$).

7. На основе результатов исследования нами были разработаны и апробированы в трех пилотных ЛПУ алгоритмы само- и взаимопомощи больным с ИМ и ИИ.

8. Программы лечебно-профилактических мероприятий муниципальных учреждений здравоохранения должны включать разработанные нами алгоритмы само- и взаимопомощи при возникновении ИМ и ИИ.

9. Разработанные в процессе исследования методические рекомендации «Основные мероприятия само- и взаимопомощи на доврачебном этапе при возможном возникновении ИМ и ИИ» должны быть использованы в работе школ здоровья.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Ипатов П.В., Клюжев В.М., Ардашев В.Н., Коваленко П.А., Булахова И.Ю. Аптечка неотложной само- и взаимопомощи при остром нарушении мозгового кро-

вообращения (АНП-инсульт) // Актуальные вопросы военной неврологии: Матер. науч.-практ. конф. – М.: ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 2006. –С.47-80.

2. Ипатов П.В., Ключев В.М., Ардашев В.Н., Булахова И.Ю. Неотложная первая помощь. Актуальность и перспективы развития // Тез. докл.: Неотложная медицина в мегаполисе, 20-21 апр. 2006 г. – М., 2006. – С. 26-27.

3. Ипатов П.В., Беспалов А.А., Булахова И.Ю. Обоснование необходимости включения мини-аптечки «СПАСКАРД» неотложной само- и взаимопомощи при сердечном приступе в состав автомобильной аптечки и в другие аптечки экстренной помощи // Мед. картотека. – 2006. – №2. – С. 15-17.

4. Булахова И.Ю., Ипатов П.В. Причины поздней госпитализации больных в начальном периоде инфаркта миокарда //Кардиоваскул. тер. и профил. Приложение 1: Российский национальный конгресс кардиологов. От диспансеризации к высоким технологиям. – 2006. – Т. 5, №6. –С.61.

5. Булахова И.Ю. Само- и взаимопомощь в начальном периоде развития инфаркта миокарда // Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины: Сб. тез. к науч.-практ. конф. мол. уч. – СПб: МАПО, 2007. – С. 26-27.

6. Булахова И.Ю. Хронология догоспитального этапа больного инфарктом миокарда // XIV Рос. нац. конгр.: Человек и Лекарство, 16-20 апр. 2007 г.: Тез. докл. – М., 2007. – С. 352-353.

7. Булахова И.Ю. Влияние позднего обращения за медицинской помощью больных инфарктом миокарда на своевременность госпитализации и течение заболевания // Клиническая медицина – 2009.– №4. – С. 63-67.

8. Булахова И.Ю. Объем само- и взаимопомощи больных инфарктом миокарда, госпитализированных в течение первых суток развития заболевания // Матер. межвуз. науч. конф. с межд. участ. – М., 2009. – С. 33-34.

9. Булахова И.Ю. Основные причины позднего обращения за медицинской помощью и их влияние на процесс госпитализации // Матер. межвуз. науч. конф. с межд. участ., 5 марта 2009 г. – М., 2009. – С. 47-49.

10. Булахова И.Ю. Сравнительная характеристика поведения больных инфарктом миокарда на догоспитальном этапе в зависимости от наличия или отсутствия ИБС в анамнезе // Матер. XI Всерос. науч.-образ. форума: Кардиология 2009, 21-23 янв. 2009 г. – М., 2009. – С. 40-42.