

**Длительность пребывания больных ОКС
и после операций на сердце в стационаре.
Следует ли сокращать сроки как «на Западе»?**

**Почему все остальное (методы диагностики, ангиопластика,
стенты, новые лекарственные средства,
новая техника операций и т.д.)
надо как «на Западе»,
а что касается сроков – сомнения?**

**Проблеме (длительности пребывания ...) – десятилетия.
Очевидно, «сроки» – нечто присущее отечественной медицине,
нечто, что невозможно побороть.
Сокращению сроков упорно сопротивляются все -
врачи, администраторы, больные.
Очевидно, в России лечат сроками,
и население к этому привыкло.**

Что дает сокращение «сроков», каковы следствия несокращения как уменьшить «сроки»?

Постоянная перегрузка блоков ... (не потому, что привозят,
а потому, что не переводят, и не выписывают)
Соответственно не оказание необходимой помощи
огромному числу больных ОКС,
нерациональное использование любых ресурсов.

Чтобы сократить сроки «как на Западе» -

*– надо много (больше, интенсивнее)
(очень много, очень интенсивно) работать,
причем всем в лечебном учреждении
(поэтому и сопротивление ?).*

**Удлиненное пребывание в emergency department
ассоциируется с худшим следованием
руководствам АКК/ААС*
и увеличением нежелательных событий**

42 780 больных инфарктом миокарда БПСТ

**Медиана пребывания в ED - 4.3 час (25-75-я перцентиль 2.9, 6.3);
15% больных находились более 8 час.**

После коррекции на риск, больные с «длительным» пребыванием
менее часто получали лечение,
соответствующее руководствам по ОИМ.

Частоты повторных ИМ **после коррекции на риск**
выше среди больных с «длительным» пребыванием
(OR 1.23; 95% ДИ 1.01 - 1.48) по сравнению с больными
со средним пребыванием в ED.

Diercks DB et al. Ann Emerg Med 2007 Nov; 50(5):489

Каковы факты ?

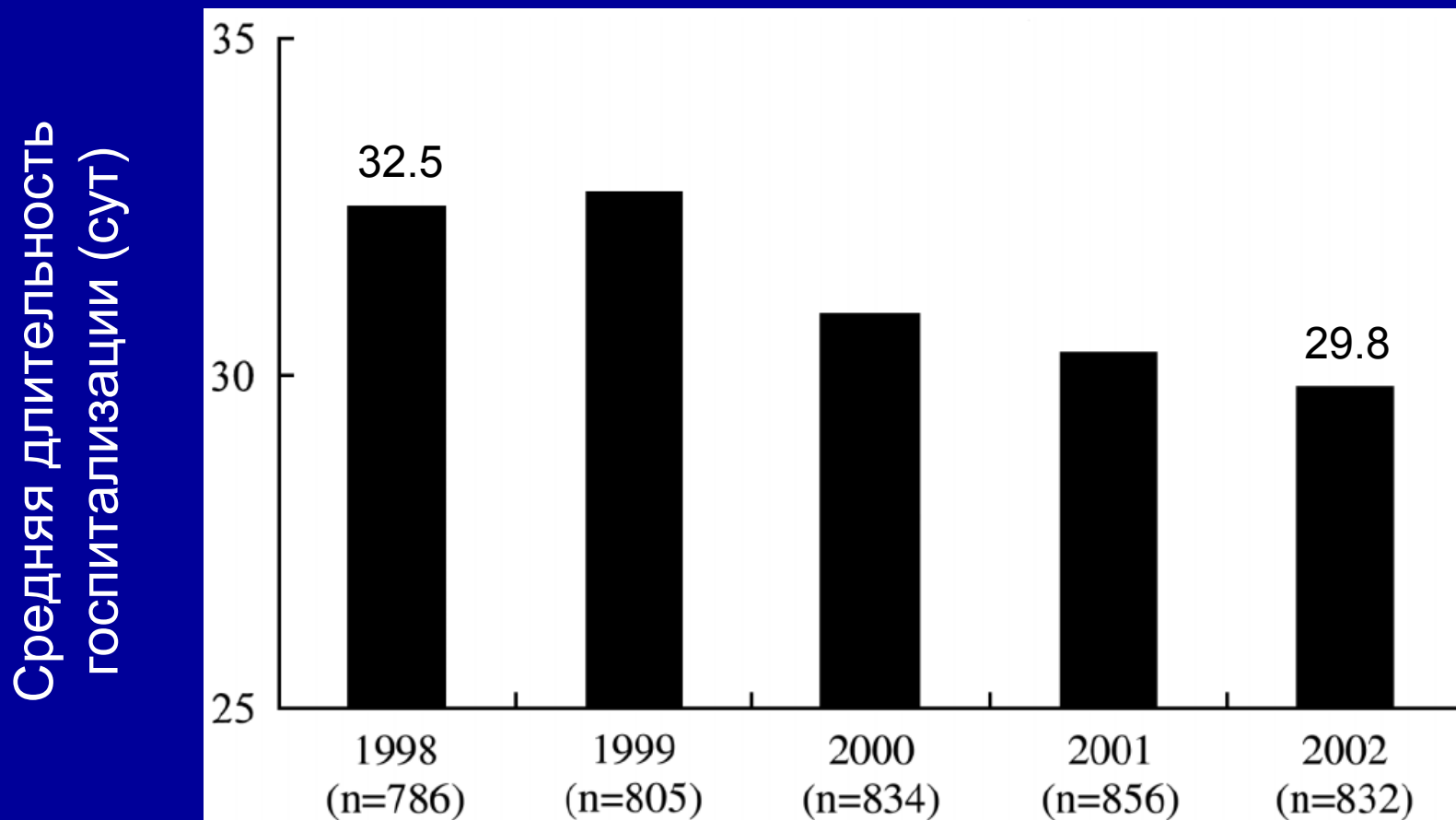
Их мало

Национальный многоцентровый регистр в Швейцарии AMIS

65 больниц, 11 623 больных.

Длительность пребывания 1-129 суток (дней),
средняя 9.5 дней,
медиана 8 дней.

Бывает и так, и в «развитой» медицине. Выжившие больные ОИМ



ЧКВ – ср. 30.6 (медиана 27)

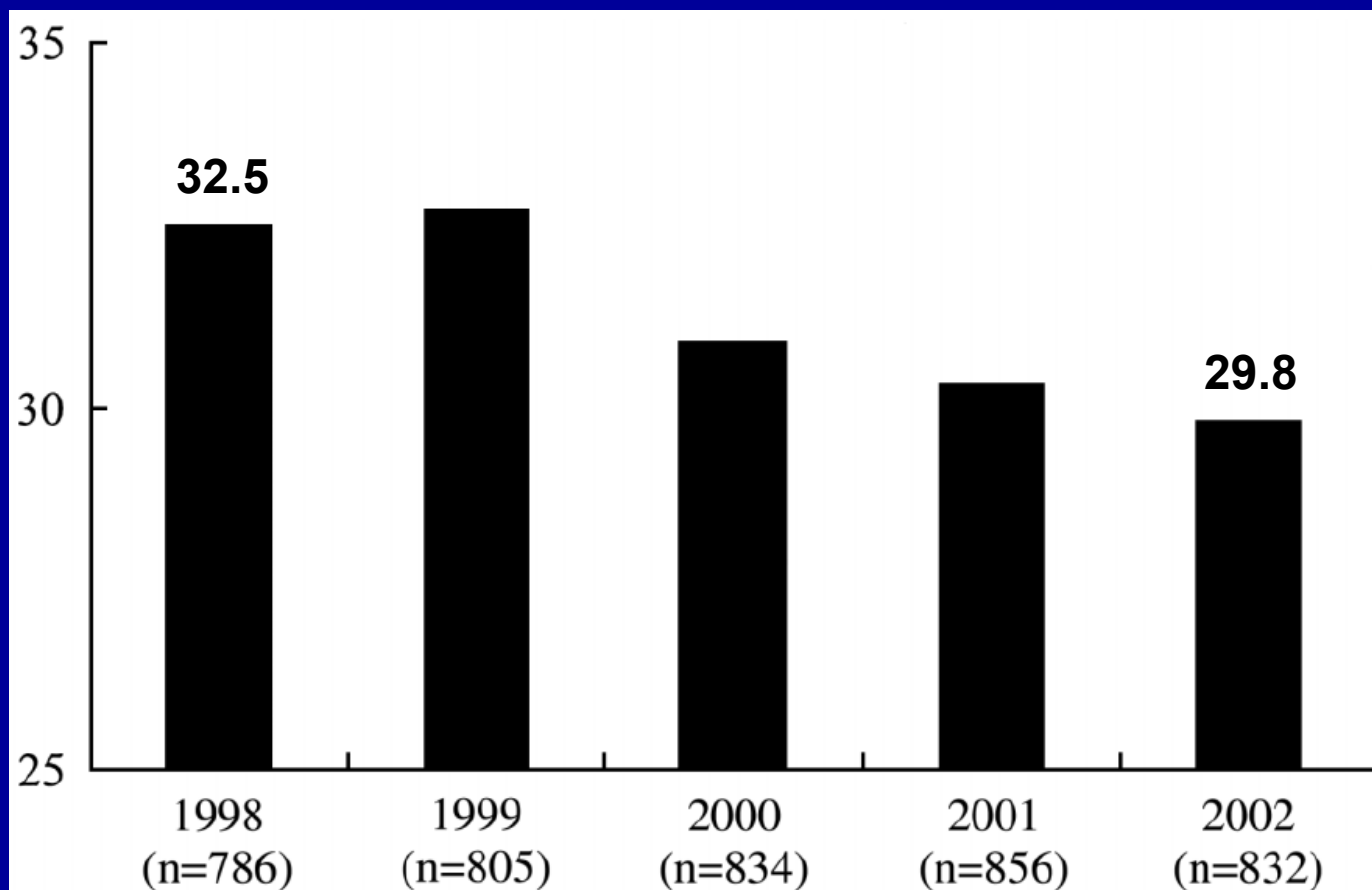
Без ЧКВ – ср. 32.8 (медиана 27)

См. след. рис.

Надо как «на Западе», но не «как на Востоке»

Исследование острой коронарной недостаточности в Осака (Япония)
4113 выживших больных ОИМ

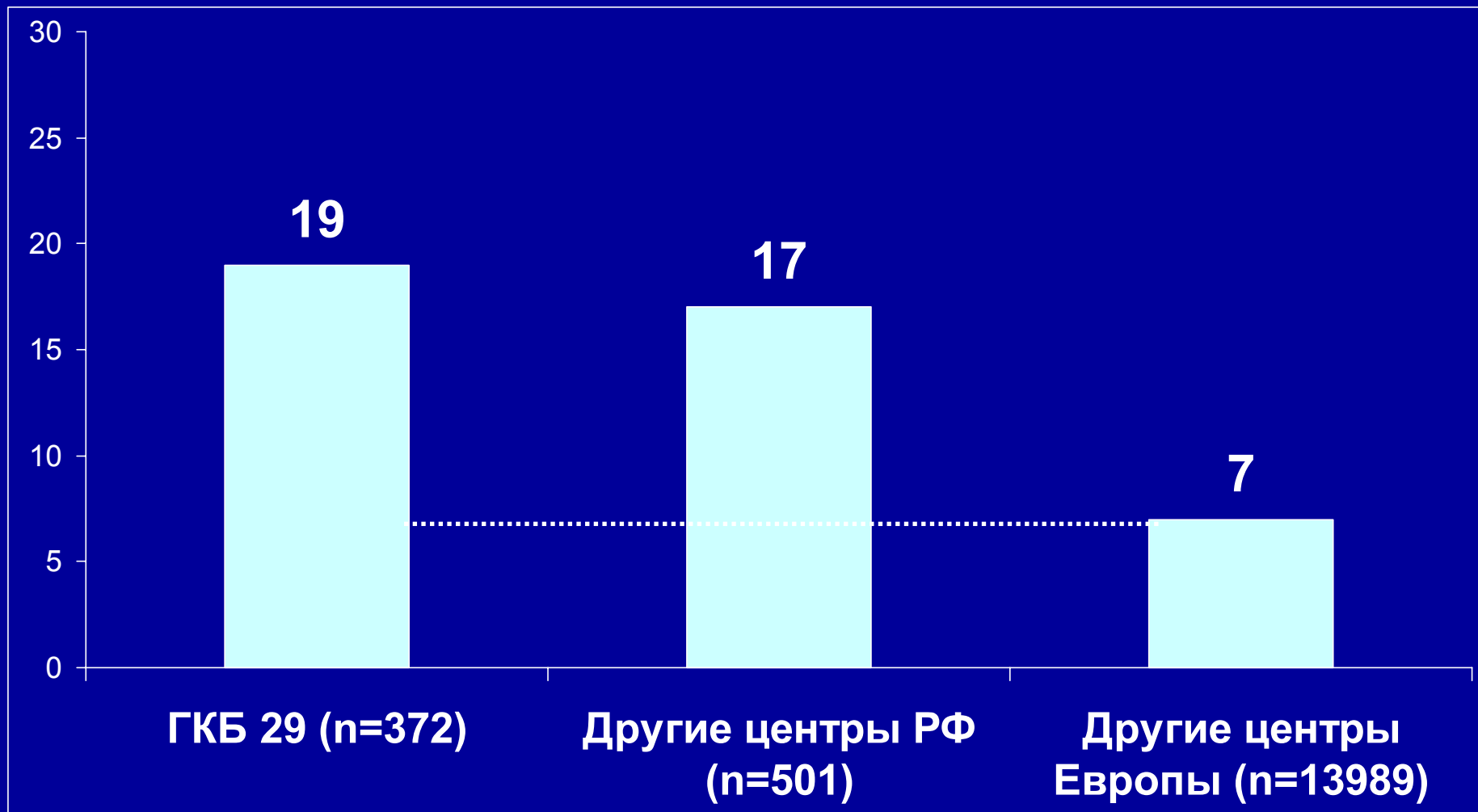
Средняя длительность
госпитализации (сут)



Клинические факторы
(характеристики больного, тяжесть ИМ, терапия, осложнения)
объясняли только 26% вариации длительности госпитализации
- т.е. как в России, где эта доля, вероятно, еще меньше*

* – предположение, доказательств нет.

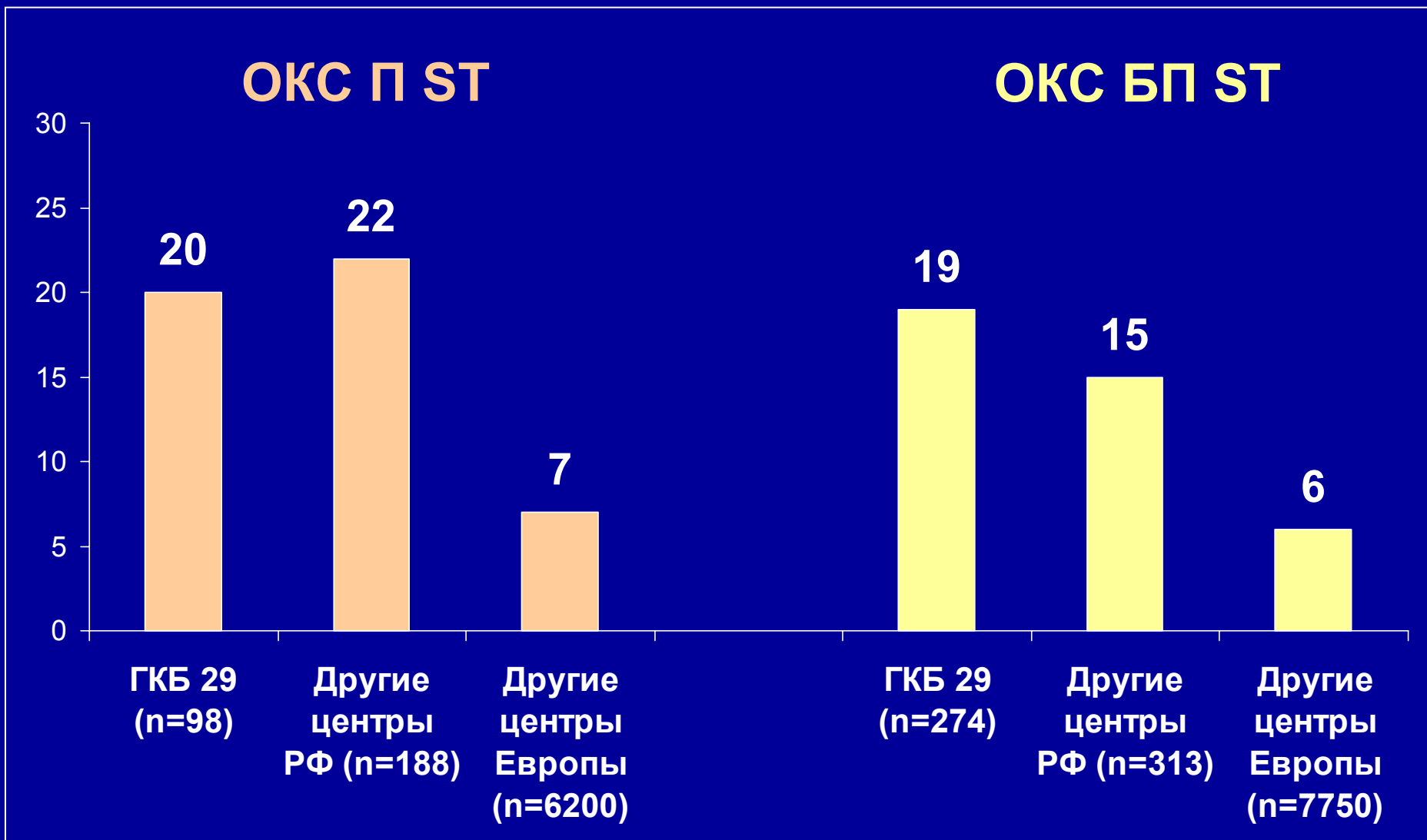
EHS. Время от поступления до выписки (медианы, сут) при острых коронарных синдромах (ПСТ и БПСТ)*



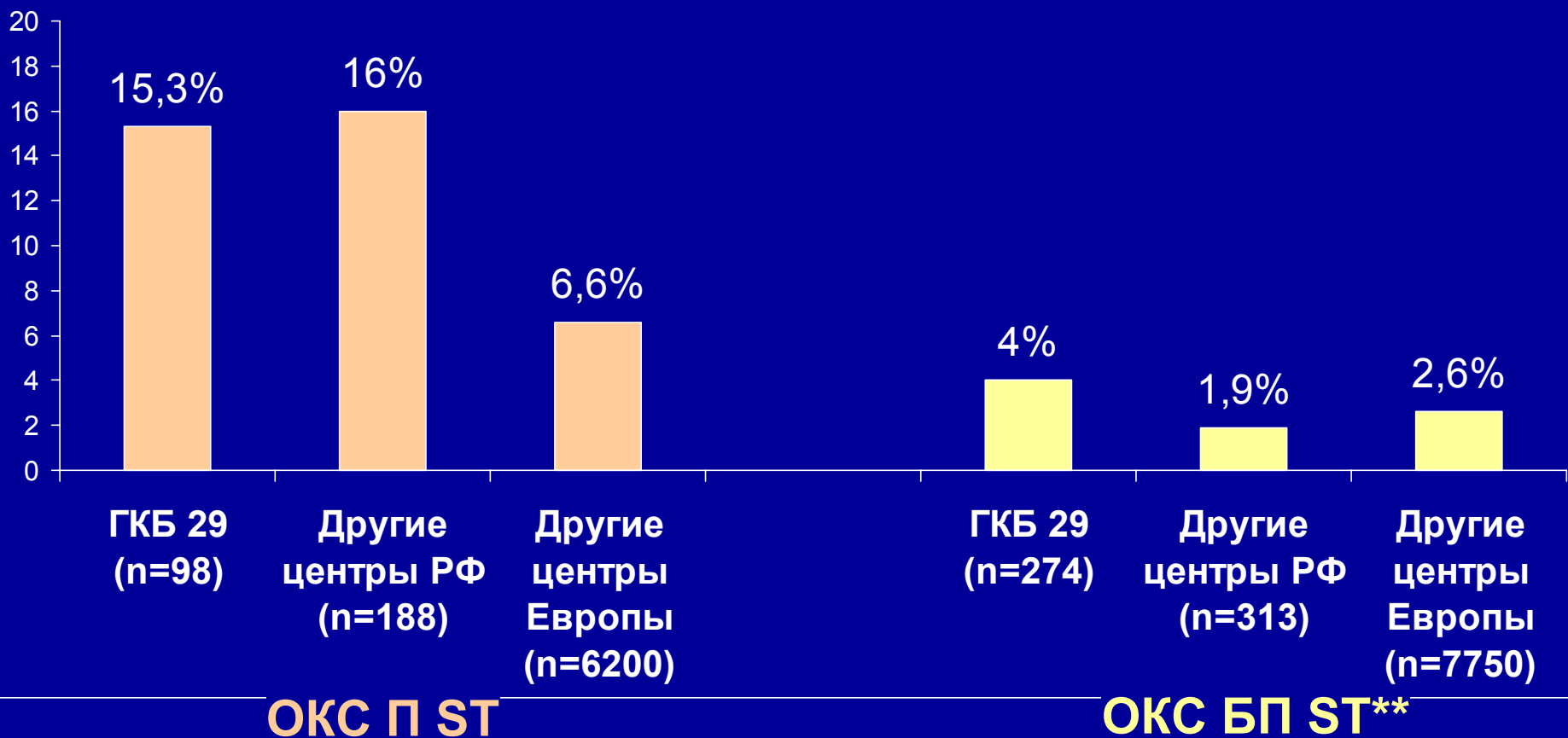
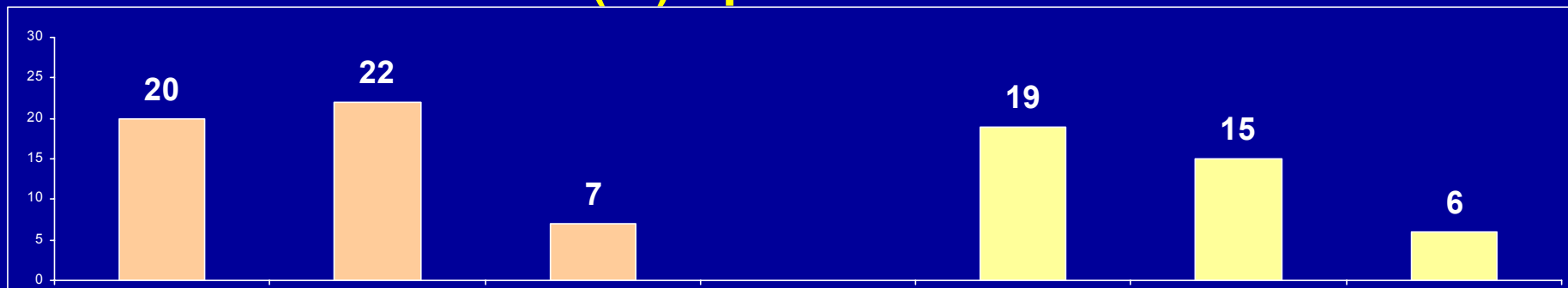
24/04/2009

* - Промежуточные данные

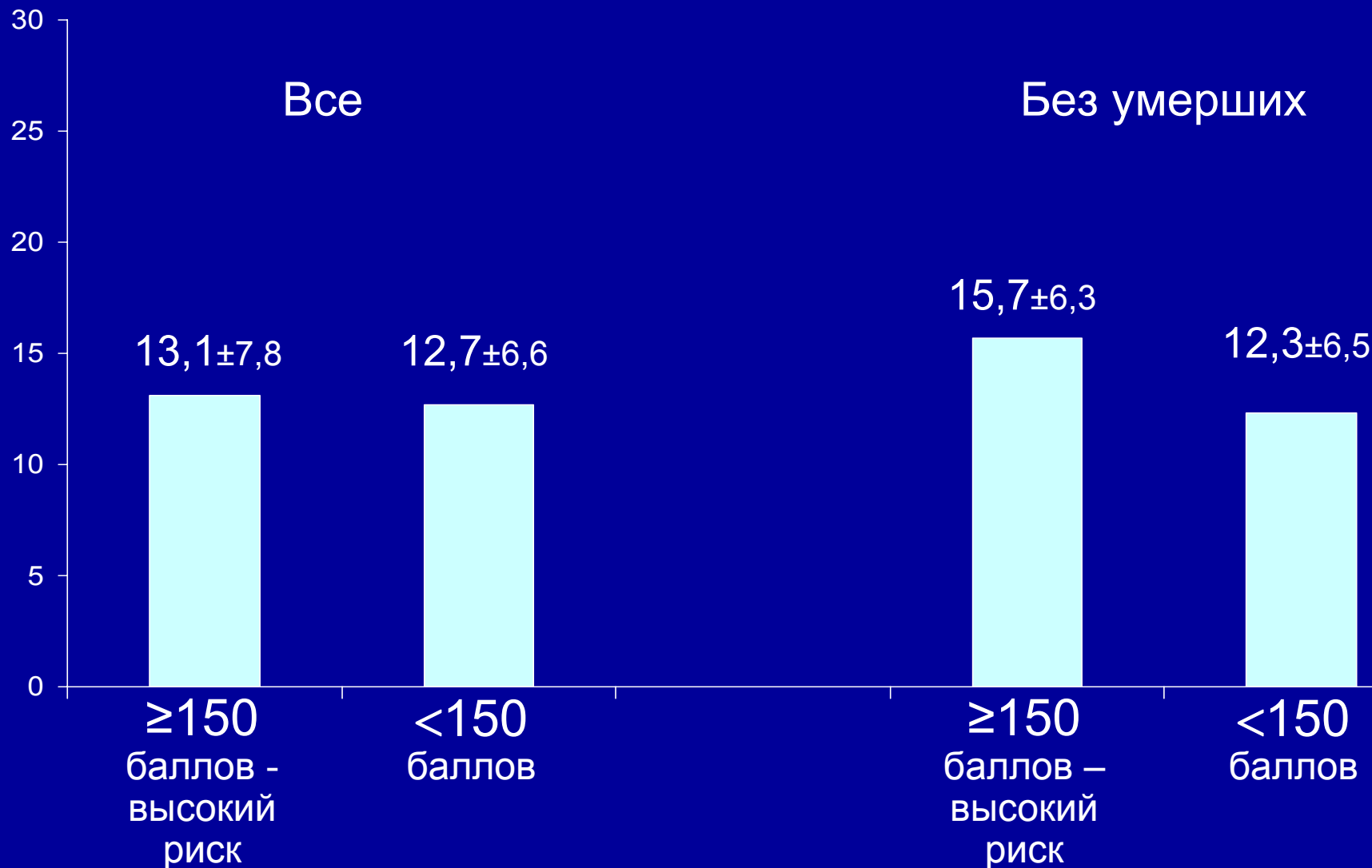
ЕHS. Время от поступления до выписки (медианы, сут) при ОКС П ST и ОКС БП ST*



ENS. Время от поступления до выписки (медианы, сут) и летальность (%) при ОКС П ST и ОКС БП ST*



Регистр РЕКОРД. Длительность госпитализации (сут) и тяжесть состояния больных при поступлении (по шкале GRACE)



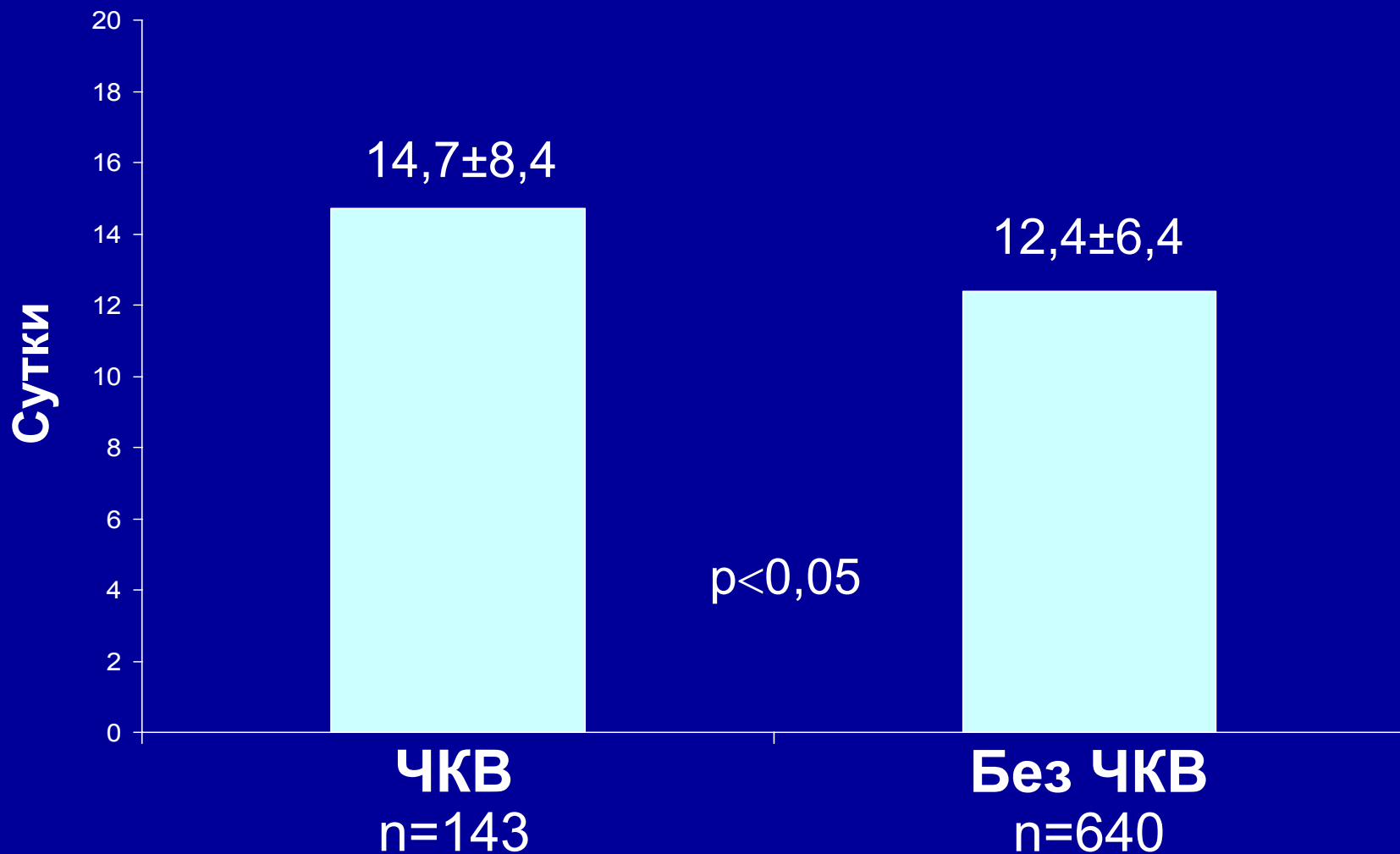
ABOARD – ОКС БПСТ

“Стратегия первичного ЧКВ”
или “стратегия следующего дня”
при умеренном и высоком риске (баллы по шкале TIMI ≥ 3).

Продолжительность госпитализации

Немедленная медиана, межквартильный интервал, час	55 (30; 98)	<i>P</i> <0.001
Отложенная медиана, межквартильный интервал, час	77 (49; 145)	

Регистр РЕКОРД. Длительность госпитализации (сут) у больных ОКС, подвергнутых и не подвергнутых чрезкожному коронарному вмешательству



Современные руководства по ОКС

STEMI Focused Update

2007 Focused Update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction

A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines

Developed in Collaboration With the Canadian Cardiovascular Society
Endorsed by the American Academy of Family Physicians

2007 Writing Group to Review New Evidence and Update the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction, Writing on Behalf of the 2004 Writing Committee

Elliott M. Antman, MD, FACC, FAHA, Co-Chair*†; Mary Hand, MSPH, RN, FAHA, Co-Chair; Paul W. Armstrong, MD, FACC, FAHA‡§; Eric R. Bates, MD, FACC, FAHA; Lee A. Green, MD, MPH||; Lakshmi K. Halasyamani, MD¶; Judith S. Hochman, MD, FACC, FAHA**;

Harlan M. Krumholz, MD, FACC, FAHA††; Gervasio A. Lamas, MD, FACC**;

Charles J. Mullany, MB, MS, FACC; David L. Pearle, MD, FACC, FAHA; Michael A. Sloan, MD, FACC; Sidney C. Smith, Jr, MD, FACC, FAHA§§

2004 WRITING COMMITTEE MEMBERS

Elliott M. Antman, MD, FACC, FAHA, Chair; Daniel T. Anbe, MD, FACC, FAHA; Paul W. Armstrong, MD, FACC, FAHA; Eric R. Bates, MD, FACC, FAHA; Lee A. Green, MD, MPH; Mary Hand, MSPH, RN, FAHA; Judith S. Hochman, MD, FACC, FAHA;

European Heart Journal Advance Access published November 12, 2008



European Heart Journal
doi:10.1093/eurheartj/ehm416

ESC GUIDELINES

Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation

The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology

Authors/Task Force Members: Frans Van de Werf, Chairmans (Belgium), Jeroen Bax (The Netherlands), Amadeo Betriu (Spain), Carina Blomstrom-Lundqvist (Sweden), Giuseppe De Luca (Italy), Vollermar Falk (Germany), Gerasimos Filippatos (Greece), Keith Fox (UK), Kurt Huber (Austria),

Journal of the American College of Cardiology
© 2007 by the American College of Cardiology and the American Heart Association, Inc.
Published by Elsevier Inc.

Vol. 50, No. 7, 2007
ISSN 0735-1097/07/\$32.00
doi:10.1016/j.jacc.2007.02.013

ESC Guidelines for the Management of Acute Coronary Syndromes

ACC/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction

A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction)
Developed in Collaboration with the American College of Emergency Physicians, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons
Endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine

Writing Committee Members

Jeffrey L. Anderson, MD, FACC, FAHA, Chair

Cynthia D. Adams, RN, PhD, FAHA
Elliott M. Antman, MD, FACC, FAHA
Charles R. Bridges, ScD, MD, FACC, FAHA*
Robert M. Califf, MD, MACC
Donald E. Casey, Jr, MD, MPH, MBA, FACP†
William E. Chavey II, MD, MS‡
Francis M. Fesmire, MD, FACEP§
Judith S. Hochman, MD, FACC, FAHA

Thomas N. Levin, MD, FACC, FSCAI||
A. Michael Lincoff, MD, FACC
Eric D. Peterson, MD, MPH, FACC, FAHA
Pierre Theroux, MD, FACC, FAHA
Nanette Kass Wenger, MD, FACC, FAHA
R. Scott Wright, MD, FACC, FAHA

*Society of Thoracic Surgeons Representative; †American College of Physicians Representative; ‡American Academy of Family Physicians Representative; §American College of Emergency Physicians Representative; ||Society for Cardiovascular Angiography and Interventions Representative



European Heart Journal (2007) 28, 1598–1640
doi:10.1093/eurheartj/ehm161

Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes

The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology

Online publish-ahead-of-print 14 June 2007

Authors/Task Force Members, Jean-Pierre Bassand* (Chair) (France), Christian W. Hamm* (Co-Chair) (Germany), Diego Ardissino (Italy), Eric Boersma (The Netherlands), Andrzej Budaj (Poland), Francisco Fernández-Avilés (Spain), Keith A.A. Fox (UK), David Hasdai (Israel), E. Magnus Ohman (USA), Lars Wallentin (Sweden), William Wijns (Belgium)

THE EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY AND THE EUROPEAN HEART ASSOCIATION ENDORSE THE WRITING COMMITTEE AND THE GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH UNSTABLE ANGINA/NON-ST-ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION. A LINK TO THE "PERMISSION REQUEST FORM" APPEARS ON THE RIGHT SIDE OF THE PAGE.

(Circulation, 2008;117:296-325)

© 2008 by the American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association, Inc.

Circulation is available at <http://circ.ahajournals.org>

DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.188209

Downloaded from circ.ahajournals.org by NIZKALAI GRATSIANSKY on February 10, 2008

Ничего нет о длительности госпитализации

А что есть в современных рекомендациях по ОКС ?

Обследование для оценки риска перед выпиской
(но когда выписка !)

Велоэргометрия

Стресс эхо

И др.

Но ... все зависит от конкретных условий

Руководство ААС/АКК* 2007-2008

«Оценка риска перед выпиской
становится все менее важной
так как предполагается, что стеноз (повреждение),
ответственный(ое) за обострение (инфаркт),
подвергнут(о) лечению,
и установлено наличие или отсутствие
значимых изменений в других артериях».

«... risk assessment before discharge has become less important since it can be assumed that the infarct-related coronary lesion has been treated and the presence or absence of significant lesions in other arteries has been assessed».

Очевидно следует ориентироваться на рекомендации
не позже 2004 года

Согласованное заявление о длительности пребывания [в месте выполнения] после электрокатетеризации - SCAI

Некоторые пациенты могут безопасно пойти домой в день выполнения ЧКВ, других же следует распределить в 3 категории, которые определяет лечащий врач.

Наблюдение. Больные, требующие наблюдения менее 24 час для мониторинга возможных осложнений или выполнения лабораторных тестов.

Больные без адекватного ухода на дому и доступа к неотложной медицинской помощи.

Расширенное наблюдение. Больные, требующие > 24 час наблюдения, обычно из-за сопутствующих некардиальных заболеваний, но не госпитализации.

Госпитализация: Больные с осложнениями во время ЧКВ и с существенными сопутствующими заболеваниями.