

Стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации и не только

Э. И. Узуева^{1,2}, А. Л. Вёрткин¹, В. Б. Мычка¹

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова

² Городская поликлиника № 62 (Филиал № 4), г. Москва

В статье представлен анализ подходов к обследованию и лечению больных ССЗ на амбулаторном этапе в реальной врачебной практике. Кроме того, рассматриваются вопросы, связанные с необходимостью эффективного функционирования первичного звена здравоохранения и преемственности участковой службы. Представлены статистические данные по обращаемости населения в медицинские службы, в частности в СМП, проанализированы эти данные во всех аспектах, а также выявлены недостатки в работе врачей.

Ключевые слова: скорая помощь, активы скорой медицинской помощи, амбулаторно-поликлиническая помощь, участковый врач, поликлиника, сердечно-сосудистые заболевания, активы врача, медицинская помощь.

В обзоре, опубликованном в 2015 г. в одном из самых авторитетных медицинских изданий *The Lancet*, приводятся данные о том, что люди без проблем со здоровьем встречаются крайне редко. Установлено также, что доля людей, имеющих проблемы со здоровьем, возросла с одной пятой до одной трети населения всего мира.

А что же в России? По данным эпидемиологических исследований [6], 56% граждан РФ страдают ССЗ. При этом смертность в результате данной патологии является одной из самых высоких в мире, достигая 1096 случаев на 100 000 населения [2], и 40% больных не доживают до 65 лет [5]. Вместе с тем нельзя не отметить положительную тенденцию снижения заболеваемости и смертности от ССЗ, отмеченную в последние годы. Это стало возможным благодаря увеличению доступности высокотехнологичной медицинской помощи и активизации профилактической работы [1].

В подавляющем большинстве случаев первый, к кому обращаются пациенты с ССЗ, — это участковый терапевт поликлиники, который, помимо знания изменившихся нормативно-правовых документов, регламентирующих его деятельность, должен владеть современными методами профилактики, диагностики и лечения. Причем он должен осуществлять их на приеме в поликлинике, на дому, в том числе после передачи актива скорой помощи, а также постоянно наблюдать маломобильных больных и всех тех, кто по разным причинам не способен посещать поликлинику.

Однако в условиях дефицита времени у врача в поликлинике зачастую нет возможности уделять должное внимание перенесенным пациентом заболеваниям и сопутствующей патологии. В реальных условиях участковый терапевт акцентирует внимание главным образом на клинических проявлениях и сверяет свои действия с клиническими рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи. Безусловно, при всей привлекательности и результативности такого подхода революционных изменений в качестве обслуживания больных не произошло. Главной причиной этого является несоответствие постулатов некоторых клинических рекомендаций изменившемуся патоморфозу заболеваний. В реальную жизнь внедрились многочисленные факторы риска, изменившие

социальную жизнь в стране, и, как следствие, появились иные структуры болезней. Типичной в этой ситуации стала коморбидная патология: сочетание у большинства пациентов нескольких заболеваний разных органов и систем, зачастую усугубляющих течение друг друга.

Особенно часто ведущей у коморбидных пациентов является разнообразная кардиоваскулярная патология. Так, по данным А. Л. Вёрткина, Е. Ю. Петрик и О. Ю. Аристарховой, при аутопсии у большинства из 7288 умерших в трех многопрофильных стационарах трех городов РФ выявлены ССЗ, в том числе у 1574 (21,6%) — постинфарктный кардиосклероз с ХСН, у 940 (12,9%) — острая коронарная патология, у 831 (11,4%) — острая и у 714 (9,8%) — хроническая цереброваскулярная патология [3].

Поэтому оправданно рассматривать текущее заболевание и искать подходы к лечению в совокупности с анализом кардиоваскулярной коморбидности, ее факторов риска и предикторов потенциально возможных осложнений [4].

Распространенность сердечно-сосудистой коморбидности по данным аутопсии

Ретроспективно были проанализированы 3239 протоколов патолого-анатомических вскрытий поступивших в многопрофильный стационар по поводу декомпенсации соматической патологии. При этом использована клинико-прогностическая методика М. Е. Чарлсона и соавт. (1987) с подсчетом индекса коморбидности (ИК), который рассчитывается путем суммирования баллов, присваиваемых за возраст и различные хронические заболевания. Причиной смерти у 1566 больных (48,3%) стали острые и хронические формы ССЗ. У 1504 (96,1%) из них имела место АГ (674 мужчины в возрасте $67,5 \pm 10,5$ года и 830 женщин в возрасте $71,1 \pm 12,2$ года). Причины смерти этих пациентов представлены на *рисунке 1*.

Наиболее частые осложнения сердечно-сосудистой коморбидности приведены на *рисунке 2*.

Частота развития сердечно-сосудистых осложнений зависела от величины АД (*табл. 1*).

Все умершие пациенты имели разнообразную сопутствующую патологию (*рис. 3*).

Вёрткин Аркадий Львович — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» Минздрава России.

Мычка Виктория Борисовна — д. м. н., профессор кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» Минздрава России.

Узуева Элиза Исавевна — аспирант кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» Минздрава России; врач-кардиолог ГБУЗ «ГП № 62 ДЗМ» (филиал № 4).

Причины обращения в поликлинику и качество оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями

За один календарный год в ГБУЗ «Городская поликлиника № 62 Департамента здравоохранения города Москвы» (филиал № 4), которая обслуживает 35 000 населения, обратились 21 295 пациентов (60,8%), при этом общее число обращений составило 345 243, из них 309 013 непосредственно в поликлинику, вызовы врача на дом — 23 312, активы СМП — 2077 и активы врачей — 10 841. Число обращений в среднем на одного пациента составило 16,2, в том числе в поликлинику — 14,5 и вызовы врача на дом — 1,7. Около трети всех обращений относились к терапевтам (n = 10 210), в том числе 66,5% обращений в поликлинику, 21,6% вызовов врача на дом, 1,9% активов СМП и 10,1% активных посещений пациентов врачом на дому. Средний возраст больных составил соответственно 56,3, 73,2, 65,2 и 72,6 года. Всего было зарегистрировано 42 321 заболевание, 26,2% из которых составляли ССЗ.

Рис. 1. Основные сердечно-сосудистые заболевания, приведшие к смерти пациентов, n (%)

- инфаркт миокарда
- инфаркт головного мозга
- геморрагический инсульт
- сочетание инфарктов миокарда и головного мозга
- хронические формы ишемической болезни сердца
- последствия перенесенного инфаркта головного мозга
- сочетание перенесенных инфарктов миокарда и головного мозга
- гипертоническая болезнь
- диссекция аорты

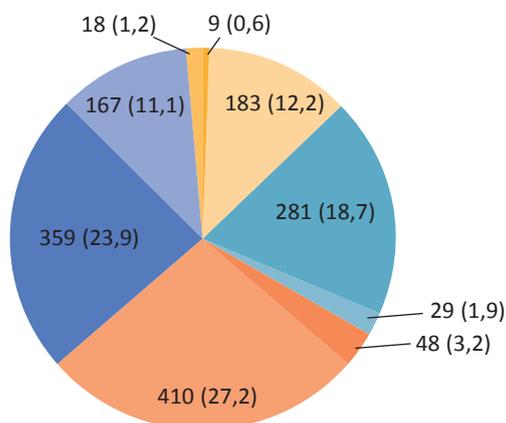


Таблица 1. Связь величины артериального давления с частотой сердечно-сосудистых осложнений, n (%)

Степень артериальной гипертензии	Инфаркт миокарда (n = 183)	Инфаркт головного мозга (n = 281)	Геморрагический инсульт (n = 29)	Сочетание инфарктов миокарда и головного мозга (n = 48)	Диссекция аорты (n = 9)
1-я	17 (9,3)	23 (8,2)	1 (3,4)	4 (8,3)	1 (11,1)
2-я	121 (66,1)*	54 (19,2)	2 (6,8)	37 (77,1)*	1 (11,1)
3-я	45 (24,6)	204 (72,6)*	26 (89,8)*	7 (14,6)	7 (77,8)*

* P < 0,05 (при сравнении по нозологиям).

В поликлинику по поводу ССЗ к терапевтам обратились 4666 пациентов, у которых были зарегистрированы 11 082 заболевания. У 909 человек диагноз был установлен впервые. В среднем на одного больного приходилось 2,4 ССЗ, в структуре которых 38,2% — доля ИБС, 22,6% — АГ, 34,8% — цереброваскулярных заболеваний. СД2 имели 17,1% больных ССЗ, из них у 11,9% он был выявлен впервые. ССЗ встречались в равных пропорциях

Рис. 2. Осложнения сердечно-сосудистой коморбидности

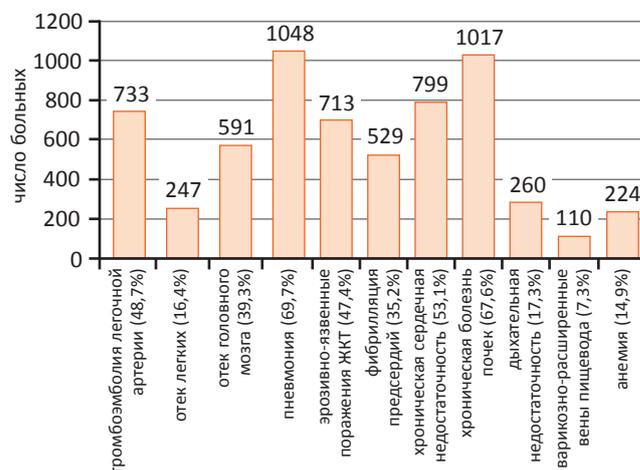
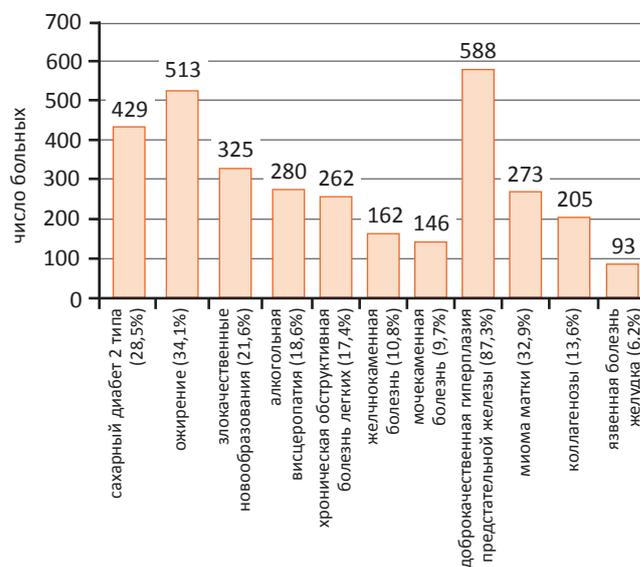


Рис. 3. Сопутствующая патология у умерших пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, включая артериальную гипертензию



среди лиц как трудоспособного, так и пенсионного возраста.

Для анализа были отобраны 1 245 амбулаторных карт (АК) по данным записей журналов обращаемости, активов врача на дому и СМП. Из них методом случайной выборки отобрано по 100 АК (табл. 2) по видам обращений больных, которые были разделены на четыре группы: I — вызов врача на дом, II — актив СМП в поликлинику, III — активное посещение врачом на дому, IV — самостоятельное обращение в поликлинику.

Особо была выделена группа из 100 пациентов обоего пола в возрасте от 33 до 96 лет (44 мужчины и 56 женщин) с сердечно-сосудистой коморбидностью, предпочитающих вызывать СМП (табл. 3).

Лица пенсионного возраста составляли большинство, соответственно по группам 87%, 77%, 99% и 65%, причем по всем видам обращений женщины были значительно старше мужчин.

ССЗ являлись самой частой причиной всех обращений к терапевту (42,3%, $n = 44$ 531), в том числе по поводу АГ 51,6% ($n = 22$ 960). Из их числа непосредственно в поликлинику обращались 59,7% больных, вызывали врача на дом 21,3%, передано активов СМП — 2,2%

и проведено активных посещений пациентов врачами на дому — 16,8%.

Количество обращений пациентов с ИБС составило 29,3% (табл. 4).

Самым частым поводом (в 36% случаев вызова врача на дом и в 34% — активного посещения больных) являлись выписка льготных лекарственных средств и значительно реже динамическое наблюдение. В 58% случаев СМП вызывали по поводу повышения уровня АД, в 13% — загрудинных болей и в 10% — аритмии (табл. 5–7).

ИК, по М. Е. Чарлсону и соавт., у пациентов I группы составил $3,9 \pm 1,8$ балла (мужчины — $3,9 \pm 1,9$; женщины — $4,2 \pm 1,7$). Все пациенты этой группы имели АГ, которая в 68% сочеталась с ИБС. Обращает на себя внимание то, что среди больных ИБС у 45,6% ($n = 31$) в амбулаторной карте стоял диагноз «стенокардия напряжения», у 14,7% — «атеросклеротический кардиосклероз». Несмотря на достаточно длительный срок наблюдения ($13,2 \pm 8,3$ года), в 82% случаев в АК отсутствовал анамнез заболевания и жизни и практически во всех случаях — информация о факторах риска и данные ЭхоКГ. Результаты ЭКГ не было у 14% пациентов, биохимического анализа крови — у 17%, коагулограммы — у 85%, общего анализа

Таблица 2. Характеристика пациентов ($n = 4$ 000)

Группы	Мужчины ($n = 176$), n (%); возраст, годы	Индекс коморбидности, баллы	Женщины ($n = 224$), n (%); возраст, годы	Индекс коморбидности, баллы
I ($n = 100$)	42 (42); $65,5 \pm 12,4$	$3,9 \pm 1,9$	58 (42); $81,9 \pm 9,0$	$4,2 \pm 1,7$
II ($n = 100$)	44 (44); $67,6 \pm 16,9$	$3,3 \pm 1,6$	56 (56); $75,9 \pm 13,7$	$3,4 \pm 1,7$
III ($n = 100$)	42 (58); $79,7 \pm 7,1$	$4,5 \pm 1,3$	58 (58); $69,7 \pm 9,1$	$4,6 \pm 1,2$
IV ($n = 100$)	48 (48); $63,6 \pm 10,2$	$2,9 \pm 1,7$	52 (52); $76,3 \pm 12,7$	$2,8 \pm 1,8$

Таблица 3. Клиническая характеристика пациентов, часто вызывающих скорую помощь

Параметры	Все пациенты ($n = 100$)	Мужчины ($n = 44$)	Женщины ($n = 56$)
Возраст, годы	$72,20 \pm 15,8$	$67,60 \pm 16,9$	$75,90 \pm 13,7$
Индекс массы тела, $\text{кг}/\text{м}^2$	$30,30 \pm 3,8$	$28,40 \pm 2,8$	$31,70 \pm 3,8$
Систолическое артериальное давление, мм рт. ст.	$164,05 \pm 12,7$	$165,80 \pm 13,5$	$162,70 \pm 11,9$
Диастолическое артериальное давление, мм рт. ст.	$89,05 \pm 8,5$	$89,60 \pm 9,4$	$88,70 \pm 7,8$
Глюкоза натощак, ммоль/л	$5,64 \pm 1,7$	$5,53 \pm 1,0$	$5,73 \pm 2,2$
Общий холестерин, ммоль/л	$6,55 \pm 0,96$	$6,73 \pm 0,86$	$6,41 \pm 1,0$
Лipoproteины низкой плотности, ммоль/л	$3,67 \pm 0,88$	$3,49 \pm 0,76$	$3,82 \pm 0,9$
Индекс коморбидности, баллы	$3,43 \pm 1,7$	$3,30 \pm 1,6$	$3,40 \pm 1,7$

Таблица 4. Виды обращений по поводу различных форм ишемической болезни сердца, n (%)

Виды обращения	Постинфарктный кардиосклероз ($n = 5$ 576)	Фибрилляция предсердий ($n = 2$ 278)	Стенокардия напряжения ($n = 5$ 199)
Самостоятельно в поликлинику	2 475 (44,4)	1 089 (47,8)	2 139 (41,1)
Вызов врача на дом	1 813 (32,5)	614 (26,9)	1 485 (28,6)
Активы скорой медицинской помощи	47 (0,8)	88 (3,9)	115 (2,2)
Активы терапевтов	1 241 (22,3)	487 (21,4)	1 460 (28,1)

крови — у 48%, общего анализа мочи — у 16%, рентгенографии грудной клетки — у 77%, УЗИ органов брюшной полости и почек — у 67%. Только 36% больных хотя бы один раз были госпитализированы по поводу ССЗ.

Антигипертензивную терапию получали 86% пациентов с АГ, из них только 35,7% — комбинированную. Ингибиторы АПФ применялись в 78% случаев, блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА) — в 11,6%, блокаторы кальциевых каналов (БКК) — в 8,1%, β-блокаторы — в 10,7% и диуретики — в 25,6%.

Таким образом, все обращающиеся в поликлинику пациенты имели коморбидную патологию, ИК составил почти 4 балла. При этом в диагнозах фигурировали стенокардия напряжения (31 больной), которая является показанием для коронарографии, а указания или назначение консультации в сосудистом центре в АК отсутствовали. Это, наряду со скудной диагностикой, отсутствием адекватной терапии (низкий процент комбинированной гипотензивной терапии при коморбидности и многократная, до 5 раз в год, смена препаратов на различные аналоги) свидетельствует о низком качестве ведения больных.

Во II группе отмечена сходная ситуация: из 58 больных ИБС у 23 был выставлен диагноз стенокардии напряжения, у 25,8% — атеросклеротический кардиосклероз. При этом у большинства пациентов при длительности наблюдения более 14 лет отсутствовали анамнез заболевания, жизни и информация о факторах риска. Также эти пациенты были недостаточно обследованы по всем международным и российским стандартам. ИК, по М. Е. Чарлсону и соавт., составлял $3,4 \pm 1,7$ балла (мужчины — $3,3 \pm 1,6$; женщины — $3,4 \pm 1,7$).

Антигипертензивную комбинированную терапию получали только 36% больных II группы. При этом ингибиторы АПФ применялись в 78,7%, БРА — в 13,7%, БКК — в 11,3%, β-блокаторы — в 27,5%, диуретики — в 18,8% случаев.

Таким образом, у пациентов, часто обращающихся в СМП, имеет место высокий ИК, часто в диагнозах фигурируют стенокардия напряжения и атеросклеротический кардиосклероз, они недостаточно тщательно обследованы и не получают адекватную терапию.

ИК пациентов III и IV групп составил соответственно $4,5 \pm 1,2$ балла (мужчины — $4,5 \pm 1,3$; женщины — $4,6 \pm$

Таблица 5. Причины вызова врача на дом, n (%)

Причины	Мужчины (n = 42)		Женщины (n = 58)	
	труд.	пенс.	труд.	пенс.
Выписка льготных лекарств (n = 36)	12 (33,3)		24 (66,7)	
	труд.	пенс.	труд.	пенс.
	2 (16,7)	10 (83,3)	—	24 (100,0)
Повышение артериального давления (n = 14)	13 (92,9)		1 (7,1)	
	труд.	пенс.	труд.	пенс.
	3 (23,0)	10 (77,0)	—	1 (100,0)
Боли за грудиной (n = 3)	2 (66,7)		1 (33,3)	
	труд.	пенс.	труд.	пенс.
	—	2 (100,0)	—	1 (100,0)
Перебои в работе сердца, сердцебиение (n = 2)	—		2 (100,0)	
	труд.	пенс.	труд.	пенс.
	—	—	—	2 (100,0)
Общая слабость (n = 4)	2 (50,0)		2 (50,0)	
	труд.	пенс.	труд.	пенс.
	—	2 (100,0)	—	2 (100,0)
Динамический осмотр (n = 3)	1 (33,3)		2 (66,7)	
	труд.	пенс.	труд.	пенс.
	1 (100,0)	—	—	2 (100,0)
Боли в позвоночнике (n = 2)	1 (50,0)		1 (50,0)	
	труд.	пенс.	труд.	пенс.
	—	1 (100,0)	—	1 (100,0)
Боли в эпигастрии (n = 1)	—		1 (100,0)	
	труд.	пенс.	труд.	пенс.
	—	—	—	1 (100,0)
Головные боли (n = 33)	10 (30,3)		23 (69,7)	
	труд.	пенс.	труд.	пенс.
	4 (40,0)	6 (60,0)	1 (4,3)	22 (95,7)
Симптомы острого респираторного заболевания (n = 2)	1 (50,0)		1 (50,0)	
	труд.	пенс.	труд.	пенс.
	1 (100,0)	—	—	1 (100,0)

Примечание. Здесь и в таблицах 6, 7: труд. — трудоспособные, пенс. — лица пенсионного возраста.

Таблица 6. Причины вызова скорой помощи, n (%)

Причины	Мужчины (n = 44)		Женщины (n = 56)	
	труд.	пенс.	труд.	пенс.
Повышение артериального давления (n = 58)	26 (44,8)		32 (55,2)	
	труд.	пенс.	труд.	пенс.
	12 (46,2)	14 (53,8)	5 (15,6)	27 (84,4)
Боли за грудиной (n = 13)	8 (61,5)		5 (38,5)	
	труд.	пенс.	труд.	пенс.
	3 (37,5)	5 (62,5)	–	5 (100,0)
Перебои в работе сердца, сердцебиение (n = 10)	4 (40,0)		6 (60,0)	
	труд.	пенс.	труд.	пенс.
	–	4 (100,0)	–	6 (100,0)
Общая слабость (n = 2)	1 (50,0)		1 (50,0)	
	труд.	пенс.	труд.	пенс.
	1 (100,0)	–	–	1 (100,0)
Боли в эпигастрии (n = 1)	–		1 (100,0)	
	труд.	пенс.	труд.	пенс.
	–	–	–	1 (100,0)
Головная боль, головокружение (n = 14)	5 (35,7)		9 (64,3)	
	труд.	пенс.	труд.	пенс.
	2 (40,0)	3 (60,0)	–	9 (100,0)
Кашель (n = 2)	–		2 (100,0)	
	труд.	пенс.	труд.	пенс.
	–	–	–	2 (100,0)

Таблица 7. Причины обращения пациентов в поликлинику, n (%)

Причины	Мужчины (n = 48)		Женщины (n = 52)	
	труд.	пенс.	труд.	пенс.
Повышение артериального давления (n = 23)	6 (26,0)		17 (74,0)	
	труд.	пенс.	труд.	пенс.
	3 (50,0)	3 (50,0)	4 (23,5)	13 (76,5)
Боли за грудиной (n = 9)	3 (33,3)		6 (66,7)	
	труд.	пенс.	труд.	пенс.
	2 (66,7)	1 (33,3)	1 (16,7)	5 (83,3)
Перебои в работе сердца, сердцебиение (n = 2)	–		2 (100,0)	
	труд.	пенс.	труд.	пенс.
	–	–	–	2 (100,0)
Общая слабость (n = 2)	2 (100,0)			
	труд.	пенс.	труд.	пенс.
	1 (50,0)	1 (50,0)	–	–
Получение справки (n = 1)	–		1 (100,0)	
	труд.	пенс.	труд.	пенс.
	–	–	–	1 (100,0)
Головная боль, головокружение (n = 40)	19 (47,5)		21 (52,5)	
	труд.	пенс.	труд.	пенс.
	5 (26,3)	14 (73,7)	4 (19,0)	17 (81,0)
Динамический осмотр (n = 7)	7 (100,0)		–	
	труд.	пенс.	труд.	пенс.
	5 (71,4)	2 (28,6)	–	–
Выписка льготных лекарств (n = 15)	11 (73,3)		4 (26,7)	
	труд.	пенс.	труд.	пенс.
	2 (18,2)	9 (81,8)	–	4 (100,0)

1,2) и $2,9 \pm 1,7$ балла (мужчины — $2,9 \pm 1,7$; женщины — $2,8 \pm 1,8$). Снова фигурировали диагнозы «стенокардия напряжения» и «атеросклеротический кардиосклероз», у большинства отсутствовали анамнез болезни и жизни и сведения о факторах риска. Пациентам в недостаточном объеме проводилось и обследование.

Необходимо отметить, что недостаточное количество больных в каждой из групп имели ФП, и ни в одном случае не были назначены антикоагулянты.

Согласно международным и российским рекомендациям, больные с АГ высокого риска уже в начале лечения должны получать комбинированную антигипертензивную терапию. В наших наблюдениях пациентам III и IV групп она была назначена менее чем в половине случаев и представлена чаще всего нерациональными комбинациями.

Меньше 50% больных ИБС в каждой группе получали соответствующую рекомендациям терапию. Пациентам, имеющим льготы, 3–7 раз в год меняли препараты на различные аналоги. В 72% АК отмечены интервалы в выписке льготных лекарственных препаратов длительностью в среднем 13 дней.

Осведомленность амбулаторных врачей об изменившемся патоморфозе заболеваний

В поликлинике с прикрепленным населением 35 000 человек, разделенной на 18 терапевтических участков, работает 13 участковых врачей. Средний возраст врача составляет 52,5 года, а стаж работы — 26 лет. Все врачи имеют действующие сертификаты специалиста, шесть — высшую квалификационную категорию, один — первую.

Всем врачам предложили ответить на 12 вопросов.

1. Достаточно ли Ваших знаний для повседневной работы?
2. Как часто Вы посещаете научно-практические конференции?
3. Как часто Вы читаете периодические медицинские издания?
4. Как часто в Вашей поликлинике проводятся семинары и лекции?
5. Удовлетворены ли Вы качеством прослушанных лекций?
6. Используете ли Вы материалы лекций в своей повседневной работе?
7. Какими источниками Вы руководствуетесь при лечении больных ССЗ?
8. Что Вам известно о российских и международных рекомендациях по АГ, ИБС, ХСН и ФП? Год последних рекомендаций?
9. Каков целевой уровень АД?
10. Причина рефрактерной АГ?
11. Что такое коморбидность?
12. Учитываете ли Вы при лечении наличие сердечно-сосудистой коморбидности у пациента?

В результате опроса удалось выяснить, что 80% врачей считают достаточными свои знания о лечении АГ, хотя на вопросы о современных подходах к ведению и лечению больных с АГ, о целевом уровне АД и рефрактерной гипертонии правильно никто не ответил. Регулярно посещают научно-практические конференции 30% опрошенных, периодические медицинские издания регулярно читают 50%. При этом большинство констатирует, что частота проведения образовательных конференций в поликлинике достаточно высока — 2–3 раза в месяц, но требуется расширение круга

рассматриваемых вопросов, а не только проблем ССЗ. Более того, содержанием прослушанного лекционного материала недовольны 60% врачей, считая, что в большинстве своем они носят теоретический характер, перегружены диаграммами клинических исследований и рекламным подтекстом, что затрудняет использование полученной информации в повседневной практической работе. Только 15% врачей назвали источником своих действий российские и международные рекомендации, 9% правильно назвали рекомендации и год последнего выпуска.

На вопрос о понятии коморбидности и ее определении ответили всего 15% опрошенных и лишь 8% учитывают ее при назначении лечения.

В качестве материала для проспективной части исследования были отобраны 100 АК больных, часто вызывающих СМП. Вначале предлагалось ответить на вопрос: «Почему Вы вызываете скорую, а не участкового врача?». Ответы пациентов явно демонстрировали недоверие к участковому врачу и сомнения в его способности оказать квалифицированную медицинскую помощь и облегчить их состояние.

Как видно из *таблицы 8*, клинический статус пациентов, часто вызывающих СМП, явно требует коррекции. В связи с этим во время актива каждому были назначены необходимое обследование и терапия в соответствии с современными рекомендациями по лечению АГ, ИБС, ХСН и ФП. Так, помимо проведения полноценного осмотра, назначения соответствующего дообследования, использования немедикаментозной терапии, а пациентам с АГ — рекомендации контролировать АД, всем больным скорректировали терапию. 95% стали получать рекомендованное комбинированное лечение: увеличилась доля БРА (до 38%), БКК (до 42%), β -адреноблокаторов (до 91%) и мочегонных (до 61%). Всем больным ИБС назначили антиагреганты и статины, всем пациентам с ФП — антикоагулянты.

На фоне проведенных изменений терапии целевого уровня АД достигли 73% больных с АГ (*табл. 9*). Улучшились показатели углеводного и липидного обмена, целевых показателей холестерина ЛПНП достигли 67% пациентов. Несмотря на незначительное изменение ИМТ, наблюдалось статистически значимое уменьшение объема талии — с $98,4 \pm 7,8$ до $96,2 \pm 6,9$ см ($p < 0,01$). Все пациенты субъективно отмечали улучшение самочувствия по шкале «Качество жизни», существенно реже стали обращаться в СМП, при этом частота вызова СМП на одного пациента составила $3,7 \pm 1,0$ (до изменения лечения — $9,3 \pm 3,5$; $p < 0,01$), не возникало необходимости в экстренных госпитализациях. Показатели качества жизни также повысились — с $5,3 \pm 1,1$ балла до $7,1 \pm 1,2$ балла ($p < 0,01$).

Заключение

По материалам аутопсий, проведенных в многопрофильных стационарах, в половине случаев причиной летальных исходов является кардиоваскулярная патология, представленная преимущественно АГ, а также острыми и хроническими формами ИБС и нарушениями мозгового кровообращения. В каждом случае имеется сочетание 2–3 заболеваний, что является проявлением сердечно-сосудистой коморбидности.

У подавляющего большинства пациентов (96,1%) основу сердечно-сосудистой коморбидности составляет АГ с морфологическими признаками поражения органов-мишеней

Таблица 8. Характеристика пациентов, часто вызывающих скорую помощь

Параметры	Все пациенты (n = 100)	Мужчины (n = 44)	Женщины (n = 56)
Возраст, лет	72,2 ± 15,8	67,6 ± 16,9	75,9 ± 13,7
Систолическое артериальное давление, мм рт. ст.	164,05 ± 12,7	165,80 ± 13,5	162,70 ± 11,9
Диастолическое артериальное давление, мм рт. ст.	89,05 ± 8,5	89,60 ± 9,4	88,70 ± 7,8
Индекс массы тела, кг/м ²	30,3 ± 3,8	28,4 ± 2,8	31,7 ± 3,8
Объем талии, см	98,4 ± 7,8	95,3 ± 6,2	99,9 ± 7,9
Уровень глюкозы у больных сахарным диабетом, ммоль/л	9,01 ± 2,8	7,60 ± 0,9	10,40 ± 3,4
Общий холестерин, ммоль/л	6,50 ± 0,96	6,73 ± 0,86	6,41 ± 1,02
Липопротеины низкой плотности, ммоль/л	3,67 ± 0,88	3,49 ± 0,76	3,82 ± 0,95
Индекс коморбидности, баллы	3,4 ± 1,7	3,3 ± 1,6	3,4 ± 1,7

Таблица 9. Динамика исследуемых показателей на фоне активного лечения (n = 100)

Параметры	До лечения	После лечения
Систолическое артериальное давление, мм рт. ст.	164,05 ± 12,70	140,1 ± 8,90*
Диастолическое артериальное давление, мм рт. ст.	89,05 ± 8,50	84,25 ± 6,05*
Уровень глюкозы у больных сахарным диабетом, ммоль/л	9,01 ± 2,80	6,20 ± 0,43**
Общий холестерин, ммоль/л	6,50 ± 0,96	5,46 ± 0,56*
Липопротеины низкой плотности, ммоль/л	3,67 ± 0,88	2,46 ± 0,52*

*P < 0,05.

**P < 0,01.

и тесной связи величины АД с риском развития сосудистых катастроф.

Сердечно-сосудистая коморбидность имеет место более чем в 40% всех случаев обращений к терапевту в поликлинику, что свидетельствует о высокой востребованности и вместе с тем необходимой ответственности и квалификации участкового врача. В то же время на всех этапах медицинской помощи выявлены системные ошибки в ведении больных: при наблюдении в поликлинике в течение более 10 лет с частотой в среднем 7,3 раза в год в большинстве случаев не выполняются клинические рекомендации, осмотр больных, как правило, заканчивается не оптимизацией диагностики и лечения или госпитализацией, а выпиской льготных лекарственных средств, смена которых производится более 5 раз в год. Сохраняется высокая обращаемость в СМП, преимущественно боль-

ных с некорректируемой АГ, декомпенсацией углеводного и жирового обменов, а также избыточным индексом сердечно-сосудистой коморбидности.

Проведенный опрос врачей свидетельствует о высокой самооценке знаний о современных подходах к ведению и лечению ССЗ. Вместе с тем только 15% врачей назвали источником своих действий современные клинические рекомендации, 9% правильно назвали год их последнего выпуска, только треть врачей посещают научно-практические конференции, 50% регулярно читают периодические медицинские издания, а о сердечно-сосудистой коморбидности имеют представление лишь 15% врачей. Опрос пациентов показал недоверие к участковому врачу и сомнения в его способности оказать квалифицированную медицинскую помощь и облегчить их состояние.

Литература

1. Бойцов С. А., Ипатов П. В., Калинина А. М. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в системе первичной медико-санитарной помощи: совершенствование диспансеризации населения // *Зам. главного врача*. 2013. № 5. С. 18–26.
2. Бойцов С. А., Оганов Р. Г. От профилактической кардиологии к профилактике неинфекционных заболеваний в России // *Рос. кардиол. журн.* 2013. № 4 (102). С. 6–14.
3. Вёрткин А. Л., Петрик Е. А., Аристархова О. Ю. Полиморбидность — причина диагностических ошибок и расхождения клинического и морфологического диагноза // *Врач скорой помощи*. 2012. № 4. С. 63–66.
4. Вёрткин А. Л., Ховасова Н. О. Клинико-анатомическая конференция по разбору летальных случаев пациентов с неотложными состояниями // *Врач скорой помощи*. 2013. № 2. С. 31–37.
5. Оганов Р. Г., Масленникова Г. Я. Гендерные различия кардиоваскулярной патологии // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2012. № 11 (4). С. 101–104.
6. Оганов Р. Г., Масленникова Г. Я. Демографические тенденции в Российской Федерации: вклад болезней системы кровообращения // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2012. № 11 (1). С. 5–10. ■