

## Сердечно-сосудистые заболевания в поликлинической практике врачей терапевтов и кардиологов

Л.А. Бокерия<sup>1</sup>, И.Н. Ступаков<sup>1</sup>, И.В. Самородская<sup>1</sup>, Е.Н. Фуфаев<sup>2</sup>,  
Е.В. Болотова<sup>3</sup> от имени участников исследования СТЕРХ

<sup>1</sup>Научный Центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН; <sup>2</sup>МУЗ “Городская поликлиника № 195”. Москва; <sup>3</sup>Краснодарский государственный медицинский университет. Краснодар, Россия

## Cardiovascular disease in out-patient practice of therapists and cardiologists

L.A. Bokeria<sup>1</sup>, I.N. Stupakov<sup>1</sup>, I.V. Samorodskaya<sup>1</sup>, E.N. Fufaev<sup>2</sup>, E.V. Bolotova<sup>3</sup>, on behalf of the STERKH Study Group

<sup>1</sup>A.N. Bakulev Research Center for Cardiovascular Surgery, Russian Academy of Medical sciences; <sup>2</sup>City Polyclinic Hospital No. 195. Moscow; <sup>3</sup>Krasnodar State Medical University. Krasnodar, Russia

**Цель.** Изучить структуру сердечно-сосудистых (ССЗ) и частоту сопутствующих им заболеваний, потребность в методах диагностики и лечения в поликлинической практике кардиологов и терапевтов.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие кардиологи и терапевты поликлиник из 5 субъектов Российской Федерации. Врачи в течение 3 дней последовательно включали в исследование больных обоего пола > 18 лет, страдающих одной или несколькими формами болезней системы кровообращения (БСК) и/или врожденным пороком сердца (ВПС). На каждого пациента заполняли индивидуальную регистрационную карту (ИРК) и почтой ее отправляли в НЦССХ им.А.Н. Бакулева. Все данные были централизованно обработаны. Из 6312 отсканированных ИРК отобраны 3982 (63,1 % 95 % ДИ 61,9–64,3) амбулаторных пациентов, данные которых проанализированы в целом и в разрезе 3 нозологических групп: ишемическая болезнь сердца (ИБС), ВПС и приобретенные пороки сердца.

**Результаты.** У амбулаторных пациентов преобладает сочетанная патология (сочетание разных заболеваний из класса БСК и других классов болезней): Сочетание ИБС и артериальной гипертензии (АГ) – у 34 %; ИБС, АГ и любой другой нозологической формы из класса БСК – у 28 % пациентов. Наиболее частыми сопутствующими БСК являются сахарный диабет (19 %) и хронические обструктивные болезни легких (9 %). Частота сопутствующей патологии взаимосвязана с основным диагнозом и возрастом пациентов. Основными причинами обращения за медицинской помощью являются обострение заболевания и необходимость выписки рецепта без ухудшения состояния (59 %). Основным показанием для выполнения диагностических исследований, по мнению врачей амбулаторного звена, являлся “контроль за состоянием пациента”. Методика оценки потребности в ряде хирургических и эндоваскулярных вмешательствах при ССЗ в настоящее время не формализована. Среди амбулаторных пациентов зарегистрирован высокий удельный вес пациентов, основным источником дохода у которых являются социальные пособия (71,7 %). Это свидетельствует о том, что бюджетные источники финансирования и в дальнейшем будут играть существенную роль в оплате высокотехнологичной медицинской помощи.

**Заключение.** Результаты исследования позволяют представить социально-клиническую характеристику больных БСК и ВПС, оценить с точки зрения врачей первичного звена потребность в диагностических и лечебных вмешательствах.

**Ключевые слова:** эпидемиологическое исследование, болезни системы кровообращения, врожденные пороки сердца, исследование СТЕРХ.

**Aim.** To study the structure of cardiovascular disease (CVD) and prevalence of comorbidity, the needs for diagnostics and treatment methods in out-patient practice of cardiologists and therapists.

**Material and methods.** The study involved polyclinic-based cardiologists and therapists from 5 subjects of the Russian Federation. During 3 consecutive days, the doctors enrolled male and female patients aged over 18 years, with one or several CVD and/or congenital valve pathology (CVP). Individual registration forms

(IRFs), completed for each patient, were mailed to A.N. Bakulev Research Center for Cardiovascular Surgery. All data were centrally processed. Out of 6312 scanned IRFs, 3982 were selected (63,1 %; 95 % CI 61,9–64,3) and analyzed as one sample and by 3 nosological groups: coronary heart disease (CHD), CVP, acquired valve pathology.

**Results.** Among out-patients, combined pathology (CVD and comorbidity) was widely prevalent. The combination of CHD and arterial hypertension (AH) was observed in 34 %, of CHD, AH and other CVD – in 28 %. The most prevalent comorbidities were diabetes mellitus (19 %) and chronic obstructive pulmonary disease (9 %). Comorbidity prevalence was associated with the main diagnosis and age. Leading reasons for seeking medical help were disease exacerbation and need for prescription during remission period (59 %). According to doctors' opinion, the main indication for diagnostic procedures was "controlling the patient's status". At present, methodology of assessing the need for surgical and endovascular interventions among CVD patients is not standardised. In most out-patients (71,7 %), main income source is social subsidies. It could be expected that even in the future, federal budget subsidies will dominate in the payments for high-technology medical service.

**Conclusion.** The study results reflect social and clinical characteristics of CVD and CVP patients, as well as primary healthcare doctors' views on the need for diagnostic and therapeutic interventions.

**Key words:** Epidemiologic study, cardiovascular disease, congenital valve pathology, STERKH Study.

В течение последних десятилетий сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают первое место в общей структуре причин смертности и инвалидизации [4,8]. Развитие ССЗ является не только трагедией для каждого человека, но и приводит к огромному социально-экономическому ущербу за счет значительных расходов на лечение и реабилитацию больных [1,11]. Все это диктует исключительную важность организационных мероприятий по профилактике, раннему выявлению и адекватному лечению ССЗ; созданию алгоритмов дифференцированного подхода к оказанию помощи на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах [3]. Организация таких мероприятий должна быть основана на знании о распространенности ССЗ, факторов риска их развития, клинико-социальных характеристиках целевых групп пациентов, на оценке потребности в различных видах лечебно-диагностической помощи [2,9].

## Материал и методы

В соответствии с Протоколом исследования были отпечатаны и разосланы 10 тыс индивидуальных регистрационных карт (ИРК). Подробно с Протоколом исследования можно ознакомиться на сайтах [www.healthinstitute.ru](http://www.healthinstitute.ru) и [www.cardiosite.ru](http://www.cardiosite.ru). В исследовании СТЕРХ (СТруктура болЕзней системы кРовообращения и потребность в отдельных видаХ специализированной лечебно-диагностической помощи среди взрослых пациентов, обратившихся за медицинской помощью в государственные медицинские учреждения) приняли участие 5 регионов РФ: Москва (ответственный – главный врач поликлиники 195 к.м.н. Фуфаев Е.Н.), Московская область (координатор МОКЦ Чижикова Т.В.), Пермь (главный кардиолог, профессор Козиолова Н.А.), республика Мордовия (главный терапевт департамента здравоохранения Степанова Е.А.) и Краснодарский край (доцент кафедры терапии к.м.н. Болотова Е.В.). В исследование были включены взрослые пациенты (> 18 лет) с документированными или вероятными болезнями системы кровообращения (БСК) и/или врожденным пороком сердца (ВПС), обратившиеся за медицинской помощью к терапевтам и/или кар-

диологам. В ходе исследования каждый исследуемый осмотрен врачом, измерены артериальное давление (АД), окружность талии, определена масса тела, собраны анамнестические данные, позволяющие определить или предположить наличие отдельных форм ССЗ, их тяжесть, клиническую форму, характеристику проводимой терапии. Результаты обследования пациентов практикующими врачами, данные инструментальных исследований фиксировались с помощью специализированных ИРК и единым почтовым отправлением направлялись в НЦССХ им.А.Н. Бакулева. Все данные централизованно обработаны: сканирование ИРК выполнено ООО "Компайл-групп", директор Портнов А.В.; статистическая обработка выполнена д.б.н. Бондаревой И.Б.

Из 6312 отсканированных ИРК отобраны 3982 (63,1 %; 95 % ДИ 61,9–64,3), данные которых проанализированы в целом и в разрезе 3 нозологических групп: ишемическая болезнь сердца (ИБС), ВПС и приобретенные пороки сердца (ППС).

## Результаты

Из 3982 пациентов 2022 (50,8 %; 95 % ДИ 49,2–53,3) мужчин и 1960 (49,2 %; 95 % ДИ 47,7–50,8) женщин (таблица 1).

Среди пациентов, обратившихся за медицинской помощью в поликлинику, преобладают лица пенсионного возраста. Существуют определенные различия в доле лиц пенсионного возраста среди пациентов разных нозологических групп: среди пациентов с ИБС их доля равна 62,4 %; с ППС – 48,2 %, с ВПС – 16,1 %. Среди женщин лиц пенсионного возраста достоверно больше, чем среди мужчин ( $p < 0,01$ ).

Средний возраст амбулаторных пациентов в выборке составил  $64,5 \pm 10,7$  лет. Средний возраст больных ИБС –  $62,3 \pm 11,7$  лет; пациентов с ВПС –  $43 \pm 16,3$  года; с ППС –  $59 \pm 12$  лет.

Основным источником дохода 71,7 % (95 % ДИ 70,4–73,2) пациентов с ССЗ, обратившихся за амбулаторной медицинской помощью, являются социальные пособия (таблица 2). Этот показатель различался среди пациентов таких нозологичес-

Половозрастной состав в выборке амбулаторных больных БСК

Возраст	Женщины		Мужчины		Всего	
	n	%	n	%	n	%
Допенсионный	376	9,4 %	965	24,2 %	1341	33,7 %
Пенсионный	1584	39,8 %	1057	26,5 %	2641	66,3 %
Всего	1960	49,2 %	2022	50,8 %	3982	100,0 %

ких групп, как ИБС (72,3 %), ВПС (65,4 %), ППС (82,6 %). Среди больных ИБС преобладают пациенты, основным источником дохода которых является пенсия по старости; среди пациентов с пороками — основным источником дохода является пособие по инвалидности. Пособие по инвалидности получают как оперированные, так и не оперированные больные с пороками сердца.

Основными причинами обращения за медицинской помощью являются ухудшение хронического течения болезни. 389 (9,77 %; 95 % ДИ 8,8–10,7) пациентов обратились впервые с жалобами на состояние сердечно-сосудистой системы (ССС); у 1261 (31,67 %; 95 % ДИ 30,2–33,1) пациентов причиной обращения стало ухудшение хронического течения БСК; 1216 (30,54 %; 95 % ДИ 29,1–32,0) обратились за выпиской рецепта без ухудшения состояния; 1116 (28,02 %; 95 % ДИ 26,6–29,4) — наличие хронической формы БСК и связанным с заболеванием прохождением диспансерного осмотра.

На рисунке 1 представлена структура патологии, выявленной в амбулаторной выборке пациентов.

Представленная структура не отражает всех особенностей патологии, поскольку среди пациентов с БСК и/или ВПС преобладают сочетания ССЗ. Например, нозологическая группа ИБС неоднородна, в ней регистрируются как “монодиагнозы”, так и сочетания нескольких диагнозов группы “Ишемические болезни сердца” (коды МКБ-Х I20-I25). Наиболее часто диагностировали стабильную стенокардию (СС) — 40,5 % и сочетание СС с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) — 22,3 %. ПИКС как единственная форма ИБС, зарегистрирован у 8,5 %. Сочетание у пациентов нескольких диагнозов в рамках одной нозологической группы свидетельствует о более тяжелом течении болезни, высоком риске развития осложнений, повышенной потребности в ресурсном обеспечении.

Типичная стенокардия — характерные для стенокардии приступы, связанные с физической нагрузкой, купирующиеся нитроглицерином, отмечена у 73,7 % от всех пациентов со стенокардией. У остальных 26,3 % больных, по мнению врачей, стенокардия носила атипичный характер.

Клинические симптомы сердечной недостаточности (СН) выявлены у 42,1 % больных: 50,4 % — ИБС, 63,8 % — ППС, 70,4 % — ВПС; в то же время, выраженное снижение сократимости левого

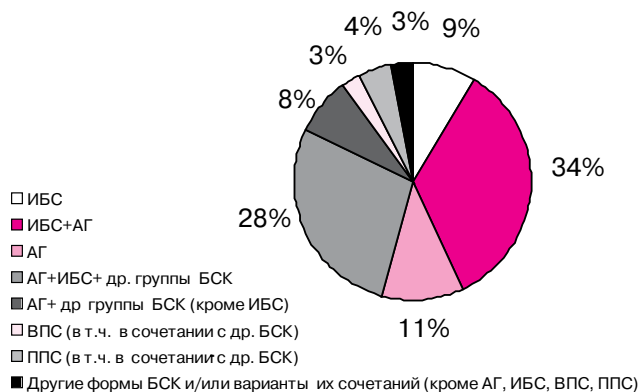


Рис. 1 Структура сердечно-сосудистой патологии.

желудочка при ультразвуковом исследовании (УЗИ) регистрировали в более редких случаях. В таблице 3 представлены результаты отдельных инструментальных исследований. У пациентов с ИБС наиболее часто регистрировался патологический зубец Q и фибрилляция предсердий (ФП), среди пациентов с ПС наиболее часто отмечали ФП и снижение фракции выброса (ФВ) при УЗИ сердца.

Протоколом было предусмотрено выявление отдельных групп сопутствующих заболеваний. Частота распространения отдельных сопутствующих заболеваний представлена в таблице 4.

Сахарный диабет (СД), онкологические заболевания и хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ) наиболее часто регистрировали в группе пациентов с ИБС. Цереброваскулярные болезни (ЦВБ) входят в класс БСК, но являются сопутствующей патологией для ИБС, ППС и ВПС. В изучаемой выборке ЦВБ были диагностированы у 32,4 % пациентов с ИБС, у 30,1 % — с ППС и 19,8 % — с ВПС.

Выполненная работа позволила уточнить, что основным показанием для диагностических исследований являлся “контроль за состоянием пациента”. Необходимость верификации диагноза с помощью инструментальных методов составила 8–20 % (в зависимости от предполагаемого диагноза и используемого диагностического метода). В остальных случаях, по мнению врачей, исследование необходимо было выполнить для контроля за состоянием пациента или по “другим причинам”. С точки зрения врачей, проводивших обследование пациентов и заполнение ИРК, в Холтеровском суточном мониторинге (ХСМ) нуждались 47,8 % (95 % ДИ 46,3–49,4) больных; исследова-

Таблица 2

Основной источник дохода, среди взрослых пациентов с БСК, обратившихся в амбулаторно-поликлинические государственные медицинские учреждения

Основной источник дохода среди:	всех амбулаторных пациентов	ИБС	ППС	ВПС
	% и 95 % ДИ	% и 95 % ДИ	% и 95 % ДИ	% и 95 % ДИ
Работа на госпредприятии	19,6 % (18,3–20,8)	20,8 % (19,3–22,3)	13,1 (9,2–17,1)	23,5 % (16,9–30,0)
Работа на частном предприятии	8,7 % (7,8–9,5)	7,0 % (6,1–7,9)	4,3 % (1,9–6,6)	11,1 % (6,3–16)
Пенсия по старости	34,8 % (33,4–36,3)	38,6 % (36,8–40,4)	19,1 % (14,6–23,7)	8,6 % (4,3–13,0)
Пенсия по инвалидности	32,5 % (31,1–34,0)	30,2 % (28,6–31,9)	59,6 % (53,8–65,3)	43,2 % (35,6–50,8)
Другие источники (пособие по безработице, стипендия, помощь родственников)	4,4 % (3,8–5,0)	3,5 % (2,8–4,1)	3,9 % (1,7–6,7)	13,6 % (6,1–21,1)
Итого	100 %	100,0 %	100 %	100 %

ние необходимо было выполнить для контроля за состоянием пациентов в 1039 случаях (26,1 %), для верификации диагноза – в 799 (20,1 %), другие показания составили 67 (1,7 %). Необходимость велоэргометрии (ВЭМ) была отмечена в 1898 случаях (47,71 %; 95 % ДИ 46,1–49,2); для контроля за состоянием у 835 (13,4 %) пациентов, для верификации диагноза у 931 (15,0 %). Стресс-эхокардиография (стресс-ЭхоКГ) была показана 1000 (25,1 %; 95 % ДИ 23,8–26,5) пациентам: для контроля за состоянием – 491 (12,3 %) пациенту, для верификации диагноза – 305 (7,6 %), другие показания – 83 (2,9 %). Необходимость в коронароангиографии (КАГ) среди амбулаторной выборки пациентов составила 1552 (39,0 %; 95 % ДИ 37,5–40,5): для контроля за состоянием – 638 (16,0 %) пациентам, для верификации диагноза – 821 (20,6 %), другие показания – 93 (2,3 %). Меньше нуждались в электрофизиологических исследованиях (ЭФИ) сердца 782 пациента (19,6 %; 95 % ДИ 18,4–20,9): для контроля за состоянием – 16,02 % пациентов, для верификации диагноза – 20,6 %, другие показания – 1,88 %.

Изученная на основе мнения врачей первичного звена потребность в отдельных видах хирургических и эндоваскулярных вмешательствах составила 24,4 на 100 пациентов. В одном вмешательстве нуждались 87,2 %, в то же время ~ 13 % необходима была более чем одна операция. Потребность в отдельных видах хирургического лечения ССЗ среди амбулаторных пациентов в плане отдельных нозологических групп по мнению врачей представлена в таблице 5. Необходимость в операциях, не имеющих прямого отношения к основному диагнозу, связана с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией или осложнениями основного заболевания.

Среди пациентов, нуждающихся в определенном хирургическом или эндоваскулярном лечении ССЗ, аналогичный вид вмешательства отмечен в анамнезе у 8,7–15,4 % (в зависимости от вида первичного вмешательства). Необходимость повторного (аналогичного) вмешательства связана с прогрессированием болезни.

## Обсуждение

Обращает внимание высокий удельный вес пациентов пенсионного возраста и пациентов, основным источником дохода которых являются социальные пособия. Доля пациентов пенсионного возраста выше доли пациентов, основным источником дохода которых, является пенсия по старости. Это свидетельствует о том, что, во-первых, бюджетные источники финансирования и в дальнейшем будут играть самую существенную роль в оплате высокотехнологичной медицинской помощи, а во-вторых, в связи с низким пенсионным обеспечением пенсионеры по возрасту стремятся иметь дополнительный источник дохода: если позволяет здоровье работать, если не позволяет – оформить группу инвалидности.

Подавляющее большинство больных в настоящем исследовании имели несколько заболеваний, как относящихся к классу БСК, так и другим классам болезней (болезни органов дыхания, эндокринной системы и т. д.). Безусловно, представленная нозологическая структура не отражает всех особенностей патологии у конкретных больных, однако клинико-эпидемиологические исследования в отличие от официальных показателей заболеваемости по обращаемости позволяют изучить наиболее часто распространенные или наиболее угрожающие сочетания болезней, возрастно-половые особенности изучаемых групп пациентов, их потребность в медицинской помощи. Статистические формы отчетности также не предусматривают возможности регистрации различных форм ПС, каждый из которых требует различных методов лечения, значительно отличающихся по затратам. Отчетные формы № 12 “Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения” и № 14 “Сведения о деятельности стационара” из всех приобретенных пороков учитывают только ревматические. Но, как показало настоящее исследование, среди пациентов с ППС, основное место занимают ревматические (41,1 %). Таким образом, ~ 60 % пациентов с другой этиологией

Таблица 3

Результаты инструментальных исследований среди пациентов на момент проведения исследования

Результаты инструментальных исследований.	всех амбулаторных пациентов	ИБС	ППС	ВПС
	% и 95 % ДИ	% и 95 % ДИ	% и 95 % ДИ	% и 95 % ДИ
Патологический зубец Q	13,3 % (12,2–14,3)	17,3 % (15,9–18,7)	4,4 % (1,2–7,6)	3,4 % (0,1–6,6)
Синдром слабости синусового узла	3,4 % (2,8–3,9)	4,5 % (3,8–5,3)	2,5 % (0,1–4,9)	6,7 % (2,2–11,2)
Синдром WPW	1,4 % (1,0–1,7)	1,9 % (1,5–2,5)	1,3 % (-0,5–3,0)	1,7 % (-0,6–4,0)
Атриовентрикулярная блокада II-III степеней	4,4 % (3,8–5,0)	4,0 % (3,3–4,8)	3,1 % (0,4–5,9)	8,4 (3,4–13,4 %)
Снижение фракции выброса < 40 %	11,7 % (10,8–12,8)	12,2 % (11,0–13,4)	22,0 (15,6–28,5)	9,2 % (4,0–14,4)
Постоянная форма ФП	11,9 % (10,9–12,9)	13,7 % (12,4–15,0)	26,4 (19,6–33,3)	21,0 % (13,7–28,3)

Примечание: WPW – синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта.

ППС не регистрируются в официальных формах статистической отчетности, что препятствует оценке распространенности ППС и потребности в медицинской помощи.

Результаты исследования свидетельствуют также о нецелесообразности применения утвержденных МЗиСР РФ стандартов оказания медицинской помощи для оценки стоимости лечения одного случая и необходимости формирования клинико-затратных групп для оценки затрат на реальную клиническую практику [6,7]. Ни один, утвержденный МЗиСР РФ, стандарт медицинской помощи не включает вероятность наличия у больного хронических сопутствующих заболеваний, которые также (наряду с основным заболеванием) требуют лечения дорогостоящими лекарственными препаратами, увеличивают вероятность возникновения осложнений, влияют на стоимость лечения.

В отечественной и зарубежной литературе аналогичных публикаций не обнаружено, а различия в Протоколах других работ препятствуют сопоставлению результатов. Основное отличие настоящего исследования от других в том, что в нем регистрировалась не только частота выполнения вмешательства, но и оценивалась потребность в различных видах вмешательств. Тем не менее, отдельные результаты были сопоставлены с несколькими отечественными и зарубежными исследованиями [5,10,12]. Средний возраст пациентов с ИБС в исследовании существенно не отличался от среднего возраста пациентов со СС из Европейского исследования [10]. В исследовании, выполненном в США, современная популяция пациентов со СС и документированной безбо-

левой ишемией миокарда представлена лицами пожилого и старческого возрастов (средний возраст – 67 лет) [12].

АГ была зарегистрирована у 86,3 %; в исследовании на базе Московского городского кардиологического диспансера (МГКД) – у 86,6 %; в исследовании, выполненном в США – у 54,4 %; в Европе – у 76 %. Частота СД среди пациентов с ИБС в настоящем исследовании составила 17,6 %, в Европейском исследовании – 30 %; в исследовании, выполненном в США, – 16,0 %. Таким образом, несмотря на то, что исследования были проведены в разных популяциях, некоторые из полученных результатов достаточно близки.

Настоящее исследование было сконцентрировано на выявлении потребности в диагностических и лечебных вмешательствах, а исследование на базе МГКД – оценке частоты использования тестов [5]. Поэтому исследователи, оценивающие данные амбулаторных карт на базе МГКД, пришли к выводу, что диагностические тесты, необходимые в соответствии с рекомендациями для уточнения диагнозов СС и ИБС, назначаются пациентам очень редко. В частности, нагрузочный тест – тредмил или ВЭМ проводили 17,7 % пациентов, КАГ хотя бы один раз выполнена всего 3,9 % пациентов, стресс-ЭхоКГ – 5,5 % пациентов, ХСМ – 1,3 % пациентов. В то же время врачами отмечена гораздо более высокая потребность в исследованиях. Таким образом, сопоставление полученных результатов свидетельствует о неудовлетворенной потребности в диагностических исследованиях, связанной не столько с отсутствием у врачей первичного звена достаточных знаний о показаниях к тем или иным диагностическим процедурам, а в основном с от-

Таблица 4

Сопутствующие заболевания

Сопутствующее заболевание	всех амбулаторных пациентов	ИБС	ППС	ВПС
	% и 95 % ДИ	% и 95 % ДИ	% и 95 % ДИ	% и 95 % ДИ
СД	19,4 % (18,2–20,6)	17,6 % (16,2–19,0)	8,9 % (5,5–12,2)	1,9 % (-0,5–2,9)
ХОБЛ	9,1 % (8,2–10,0)	13,7 % (12,4–15,0)	7,8 % (3,5–9,2)	2,9 % (0,1–4,9)
Онкологическое заболевание	4,0 % (3,4–4,7)	4,8 % (4,1–5,7)	1,5 % (-0,1–2,3)	3,8 % (1,6–8,3)

Таблица 5

Потребность в отдельных видах хирургического лечения среди больных ССЗ, обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения

Наименование вида лечения	всех амбулаторных пациентов	ИБС	ВПС	ППС
АКШ	11,0 %	14,5 %	2,7 %	4,3 %
Стентирование или ангиопластика	6,6 %	13,2 %	2,4 %	4,3 %
Имплантация ЭКС	3,1 %	3,8 %	1,2 %	3,5 %
Радиочастотная абляция	2,86 %	3,0 %	3,5 %	1,4 %
Операциях на периферических артериях	2,4 %	2,9 %	2,5 %	1,1 %
Операции по коррекции ВПС	0,6 %	0	18,5 %	0
Операции по коррекции ППС	1,0	1,4 %	0	24,5 %

Примечание: ЭКС – электрокардиостимулятор.

сутствием возможностей для направления пациента на соответствующее исследование.

Аналогичным образом отличаются результаты по инвазивным методам лечения. В настоящем исследовании и в исследовании, выполненном на базе МГКД, зарегистрирован достаточно низкий процент использования хирургических и эндоваскулярных вмешательств. В то же время потребность в них (основанная на мнении врачей первичного звена) значительно превышает отмеченные объемы выполненных вмешательств и коррелирует с международными данными по частоте выполняемых в таких ситуациях вмешательствах. Одновременно следует отметить, что потребность в методах лечения врачи регистрировали на основании клинических симптомов и имеющихся результатов диагностических тестов на момент заполнения ИРК. Следует подчеркнуть, что на уровне первичного звена не во всех случаях возможно определить потребность в лечебных вмешательствах. В части случаев на уровне первичного звена можно определить потребность только в инвазивных диагностических исследованиях, например, КАГ или ЭФИ, а потребность в аортокоронарном шунтировании (АКШ), эндоваскулярных методах лечения ИБС, радиочастотной абляции при аритмиях на современном этапе развития медицины возможно определить только в условиях специализированного стационара.

Европейское исследование по изучению клинических характеристик 4168 взрослых пациентов (> 17 лет) с ВПС проводилось в 2003–2004 гг на базе 26 стран Европы. Настоящее исследование не было специализированным для изучения проблем ВПС, поэтому число пациентов с ВПС оказалось очень небольшим по сравнению с Европейским исследованием. Безусловно, для корректной оценки клинических и социальных характеристик взрослых пациентов с ВПС необходимо крупномасштабное исследование с использованием специально разработанного для этих целей Протокола. В исследовании 62,96 % были < 50 лет, в Европейском исследовании таких пациентов оказалось 79 %.

Возможно, различия связаны с тем, что в работу были включены пациенты > 18 лет, а в Европейское исследование – пациенты > 17 лет.

В исследовании из 25 стран Европы были включены 5001 взрослых пациентов, > 18 лет, с наличием клапанной патологии сердца, в т.ч. врожденного характера, подозрением или подтвержденным диагнозом инфекционного эндокардита или наличием в анамнезе операции на клапанах сердца. Из обследованных 38 % обратились за амбулаторной медицинской помощью, остальные были госпитализированы в кардиологические отделения – 43 % и кардиохирургические – 19 %. В исследовании пациенты, госпитализированные в специализированные кардиохирургические клиники и отделения, отсутствовали. Таким образом, различия в критериях включения пациентов в исследование объясняют различия в полученных результатах. Тем не менее, было проведено сопоставление отдельных результатов. В Европейском исследовании доля больных < 50 лет составила ~ 18 %, в возрасте 50–70 лет – 46 % и > 70 лет – 36 %; в представленном исследовании – 20,2 %; 61,7 %; 18,1 %, соответственно. Различия в возрастной структуре популяции пациентов с ППС, возможно, обусловлены меньшей продолжительностью жизни, неадекватной медико-социальной помощью. Сочетание ППС с ИБС в Европейском исследовании зарегистрировано в 39 % случаев, в настоящей работе – в 40 %. Однако, следует отметить, что в Европейском исследовании случаи сочетания ППС с ИБС подтверждены при КАГ, в настоящем исследовании врачи при диагностике ИБС в большинстве случаев опирались на жалобы больного, результаты электрокардиограммы и собственный опыт.

Различия между двумя исследованиями были и в подходах к оценке потребности в хирургической помощи. Настоящее исследование определяло долю оперированных больных и потребность в хирургических операциях на момент исследования; Европейское оценивало частоту выполнения операций по коррекции порока в соответствии с кли-

ническим руководством. Было выявлено, что операция без достаточных оснований была выполнена 15–20 % асимптомных пациентов, в то же время от 7 % до 18 % таких пациентов не были направлены на оперативное лечение при наличии показаний соответствующих руководству. Около одной трети больных при наличии симптомов тяжелого клапанного поражения не были оперированы по причине неоперабельности порока или тяжелой сопутствующей экстракардиальной патологии. Такие данные отсутствовали в исследовании по двум причинам. Первая – на момент проведения работы национальных российских рекомендаций по ведению пациентов с клапанными пороками не было, поэтому сочли некорректным воспользоваться для такой оценки Европейскими или Американскими рекомендациями, не согласованными на общероссийском уровне с экспертным мнением отечественных специалистов. Второе – для выполнения отечественного исследования такого типа необходима пробная оценка соответствия вмешательств национальным рекомендациям на базе крупной кардиохирургической клиники, что не было предусмотрено Протоколом исследования.

Таким образом, только менее чем в 30 % случаев у пациентов регистрируется одна нозологическая форма БСК. Сочетание ИБС и АГ отмечено у 34 %; сочетание ИБС, АГ и любой другой нозологической формы из класса БСК – у 28 % пациентов. Наиболее частыми сопутствующими БСК заболеваниями являются СД и ХОБЛ. Частота сопутствующей

патологии взаимосвязана с основным диагнозом и возрастом пациентов. Основными причинами обращения за медицинской помощью служат обострение заболевания и необходимость выписки рецепта без ухудшения состояния. Основным показанием для выполнения диагностических исследований, по мнению врачей амбулаторного звена, являлся “контроль за состоянием пациента”.

Метод оценки потребности в хирургических и эндоваскулярных вмешательствах при ССЗ в настоящее время не формализован; а данные существующих статистических учетных форм не позволяют этого сделать. Потребность в операциях достоверно зависит от основного диагноза, возраста и пола пациентов. Среди пациентов, нуждающихся в определенном хирургическом или эндоваскулярном лечении ССЗ, аналогичный вид операции был отмечен в анамнезе у 8,7–15,4 % (в зависимости от вида первичного вмешательства). Необходимость повторного (аналогичного) вмешательства связана с прогрессированием болезни.

Необходимость в операциях другого вида была связана с развитием сопутствующей патологии или осложнений основного заболевания.

Высокий удельный вес пациентов, основным источником дохода у которых являются социальные пособия, свидетельствует о том, что бюджетные источники финансирования и в дальнейшем будут играть самую существенную роль в оплате высокотехнологичной медицинской помощи.

## Литература

1. Андреев Е.А. Избыточная смертность мужчин в рабочих возрастах. Бюлл Население и общество 2001; 35–6.
2. Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В. Хирургическая помощь при заболеваниях сердца: некоторые аспекты организации, доступности, эффективности. Груд серд сосуд хир 2006; 5: 4–12.
3. Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В. Заболеваемость и потребность в кардиохирургических методах лечения в аспекте эпидемиологического анализа. Груд серд сосуд хир 2006; 1: 4–7.
4. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Значение сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний в стратегии улучшения демографической ситуации в России. Социально-значимые болезни в РФ. Москва НЦССХ им. А. Н. Бакулева 2006; 326 с.
5. Оганов Р.Г., Лепяхин В.К., Фитилев СБ. и др. Особенности популяции, диагностика, вторичная профилактика и антиангинальная терапия у пациентов с диагнозом стабильная стенокардия. Кардиоваск тер профил 2006; 1: 49–55.
6. “Стандарт медицинской помощи больным со стабильной стенокардией” (Приказ МЗиСР № 551 6 сентября 2005г при оказании дорогостоящей высокотехнологичной помощи).
7. “Стандарт медицинской помощи больным со стабильной стенокардией” (Приказ МЗиСР № 229 22 ноября 2004 г. при оказании амбулаторно-поликлинической помощи).
8. Стародубов ВИ, Ступаков И.Н., Самородская И.В., Вилков И.М. Социально-экономические проблемы профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний с позиции общественного здоровья. Проблемы территориального здравоохранения. Сб научных трудов ЦНИИОИЗ. Москва 2002; вып 2: 123–9.
9. Шальнова С.А., Баланова Ю.А. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием препаратов и эффективность лечения среди населения РФ. РКЖ 2006; 4: 45–50.
10. European Registries of Cardiovascular Diseases and Patient Management. Sophia Antipolis, France: European Society of Cardiology 2004; 56.
11. Heart Disease and Stroke Statistics–2006 Update A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation 2006; 113: e85–151.
12. Jabbour S, Young-Xu Y, Graboyes TB, et al. Long-Term Outcomes of Optimized Medical Management of Outpatients With Stable Coronary Artery Disease. Am J Cardiol 2004; 93: 294–9.

Поступила 09/04–2008