

Т.М. Максимова<sup>1</sup>, Н.П. Лушкина<sup>1</sup>, Е.В. Огрызко<sup>2</sup><sup>1</sup> ФГБУ «Национальный НИИ общественного здоровья» РАМН, Москва<sup>2</sup> ФГБУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздравсоцразвития России, Москва

## Проблемы медицинского обеспечения кардиологических больных<sup>1</sup>

*В последние годы в России продолжает снижаться показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, в то же время его значение остается достаточно высоким, при этом выявляется ряд проблем, требующий своего разрешения.*

*Наряду с модернизацией медицинской сети остро необходимым выступает совершенствование медицинского образования, в том числе после-дипломного; своевременное обеспечение врачей информацией о новых медицинских технологиях, используемых в странах, достигших низких уровней смертности; создание условий для регулярного обновления профессиональных знаний врачей.*

*Необходимо пересмотреть формальные критерии оценки медицинской помощи, особенно принимая во внимание сочетанность сердечно-сосудистых заболеваний.*

*Полученные данные иллюстрируют влияние социального неравенства на исходы болезней, и для дальнейшего снижения смертности и увеличения продолжительности жизни необходимо обеспечение адекватного лечения всем больным независимо от их материального благосостояния.*

**Ключевые слова:** смертность, сердечно-сосудистые заболевания, медицинская помощь, социальный градиент.

Средняя продолжительность предстоящей жизни населения России ниже соответствующих показателей экономически развитых стран Европы и мира.

В 2008 г. ожидаемая продолжительность жизни при рождении россиян (67,9 лет) была ниже по сравнению с соответствующим уровнем, достигнутым в других странах, бывших союзных республиках СССР (за исключением Казахстана — 67,1 лет). При этом ожидаемая продолжительность предстоящей жизни российских мужчин была наиболее низкая (61,8 года). В 2009 г. ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России составляла 68,7 лет, в 2010 г. — 69,0 лет<sup>2</sup>.

Основной причиной смерти населения в России являются болезни системы кровообращения, составившие в 2008 г. 57,1% в структуре общей смертности, в 2009 г. — 56,5%, в 2010 г. — 56,1%.

В последние годы в России отмечается снижение уровня смертности населения, в том числе от болезней системы кровообращения. Подобное снижение происходит и в большинстве других стран, а также в странах Евросоюза. Более того, за период 2000–2009 гг. разрыв в показателях смертности населения России и стран Евросоюза не сократился (табл. 1).

Необходимо отметить интенсивное снижение показателей смертности как от болезней системы кровообращения в целом, так и от основных видов сердечно-сосудистой патологии в странах Балтии, особенно в Эстонии, где в 1985–1990 гг. были отмечены близкие к среднероссийским уровни смертности, а в 2008 г. соответствующие уровни были в 2,0–2,5 раза ниже. Конкретный опыт этих стран требует своего изучения.

Как биологические факторы, так и особенности условий и образа жизни людей в различных сочетаниях и комбинациях определяют формирование патологических процессов, влияют на их распространенность

<sup>1</sup> Доклад на заседании ОПМ РАМН 12.10.2010 г.

<sup>2</sup> URL: <http://www.gks.ru>

Т.М. Maximova<sup>1</sup>, N.P. Lushkina<sup>1</sup>, E.V. Ogryzko<sup>2</sup><sup>1</sup> National Research Institute of Public Health RAMS<sup>2</sup> Central Research Institute for Health Care Organization and Informatization Ministry of Health and social development of Russia

## Problems in medical care for patients with cardiovascular diseases<sup>1</sup>

*Despite showing that cardiovascular disease mortality in Russia is declining evaluation of medical care for cardiovascular patients, using different information sources, revealed a lot of problems in this field need it's solving.*

*Together with modernization of medical services it is urgently necessary to transform the medical education, including post graduate, information support for medical professionals in field of modern medical technologies, using in countries with low mortality rates, creation the conditions for regular updating professional knowledge.*

*It is necessary to reconsider formal criteria for medical care evaluation, especially taking into account co morbidity of cardiovascular diseases.*

*Our data illustrate that social disparities influence on outcomes of diseases and so for further decreasing mortality rates and increasing the life expectancy adequate treatment must be provide for all patients independently of their material wellbeing.*

**Key words:** mortality, cardiovascular diseases, medical aid, social gradient.

Таблица 1. Стандартизованные показатели смертности населения от болезней системы кровообращения (все население на 100000 человек)\*

Годы	Мужчины			Женщины		
	РФ	Страны ЕС-27	Соотношение показателей РФ/ЕС	РФ	Страны ЕС-27	Соотношение показателей РФ/ЕС
2000	1056,2	384,7	2,8	621,0	251,0	2,5
2001	1068,3	373,3	2,9	632,8	244,2	2,6
2002	1109,7	367,0	3,0	650,3	241,5	2,7
2003	1183,7	361,6	3,3	673,5	240,1	2,8
2004	1144,1	337,7	3,4	640,4	223,4	2,9
2005	1145,1	326,8	3,5	640,5	216,6	3,0
2006	1053,3	310,2	3,4	606,7	204,4	3,0
2007	991,8**	301,5	3,3	571,8**	198,3	2,9
2008	978,2**	293,1	3,3	559,1**	193,0	2,9
2009	927,1***	289,9	3,2	525,4***	190,3	2,8

Примечание. \* — WHO/Europe, European mortality database, January 2011; \*\* — демографический ежегодник, 2009. Статистический сборник. М., 2009; 313–314; \*\*\* — <http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/rosstatsite/main/database/cbsd/>

в популяции. В современных условиях для определения путей по снижению смертности населения в России важно понять, болеет ли наша популяция чаще, чем население других стран или заболевания возникают с той же частотой, а причины высокой смертности надо искать в другом, например в содержании и качестве деятельности системы здравоохранения. Ответ на этот принципиальный вопрос требует достоверных и сопоставимых с другими странами данных об уровне заболеваемости и распространенности различных болезней системы кровообращения, а также сравнения проводимых в массовой практике методов медицинской коррекции заболеваний. В настоящее время имеются лишь единичные материалы, позволяющие проводить такие сравнения.

В нашей стране основным источником информации о заболеваемости населения являются данные официальной статистики. Россия — единственная страна в мире, которая в течение полувека на основе повсеместного унифицированного учета собирает сведения о заболеваемости населения, выявленной в ходе всех контактов с медицинскими учреждениями, и обобщает их в виде официальных отчетов. В современных условиях очевидна необходимость нового взгляда на эту обширную статистическую деятельность, поскольку данные Минздравсоцразвития России не включают информацию, полученную в учреждениях здравоохранения, принадлежащих другим ведомствам или являющихся частными и, соответственно, не отражают реальной картины заболеваемости населения страны. Например, такие ведомства, как МЧС, МО, РАО ЕС, ОАО «Газпром», ЛПУ Российской академии наук до последнего времени вообще не предоставляли сведений о заболеваемости; в единичных случаях информация поступала из медицинских учреждений МВД, ОАО «Российские железные дороги», «Сбербанка России», клиник научно-исследовательских институтов; частично — из федеральных медицинских центров и медицинских учреждений ГУИН и ЗАТО [1].

В последние годы в стране особый акцент сделан на расширение объемов профилактической деятельности медицинских учреждений, предполагающей снижение заболеваемости и смертности населения в результате воздействия на распространенность известных факторов риска.

Масштабы этой деятельности отражаются в отчетах официальной статистики. Так, в 2009 г. 2684 медицин-

ских учреждения страны имели кабинеты или отделения профилактики, в стране функционировало 99 Центров медицинской профилактики, сеть Центров здоровья (в 2009 г. — 339); согласно статистическим отчетам, около 7% посещений врачей-кардиологов были осуществлены не по поводу болезни. Судя по отчетам, огромное количество людей (36,3 млн) обучены основам здорового образа жизни. Так, в 2009 г. более 1 млн человек проходили обучение в школах для больных артериальной гипертензией (при 920 315 «гипертониках», впервые выявленных в 2009 г.). Как относиться к этим данным? Каково содержание этой работы и что ожидается в результате?

Поиск факторов, определяющих высокие показатели смертности и низкий уровень продолжительности жизни нашего населения, требует нового взгляда медицинской науки на так называемые традиционные факторы риска. Так, уровни распространенности артериальной гипертензии, по данным некоторых авторов [2, 3], сопоставимы у нас и в некоторых других странах; в мире растет частота ожирения, но снижается смертность от сердечно-сосудистых болезней. Процент курящих женщин, несмотря на их увеличение в последние годы, у нас ниже, чем в ряде стран Европы<sup>3</sup>, но в то же время смертность от этих заболеваний существенно выше. Исследования российских ученых показывают связь формирования кардиологической патологии с удовлетворенностью людей разными сторонами жизни и своей жизнью в целом, иллюстрируя влияние психологических сторон современной жизни.

Снижение смертности от болезней системы кровообращения в США почти наполовину (47%) связано с изменением лечения, на 44% — с применением различных профилактических мер [4]. Необходимо отметить, что к профилактическим мероприятиям авторами было отнесено, например, снижение уровня общего холестерина в крови (24% эффекта) и снижение систолического артериального давления (20% эффекта). Процесс регулируется в результате изменения образа жизни, врачебного наблюдения за пациентом, назначения и подбора современных гиполипидемических и антигипертен-

<sup>3</sup> Стандартизованные по возрасту показатели распространенности курения среди женщин (15 лет и старше): в России — 27,7%, Австрии — 41,3%, Венгрии — 35,3%, Греции — 39,4%, Дании — 29,8%, Ирландии — 28,2%, Норвегии — 29,7%. World Health Statistics, 2010.

живных препаратов, а также контроля их применения. Вклад в снижение смертности таких факторов, как отказ от курения, повышение уровня физической активности, был гораздо меньше.

При современном уровне развития медицины (за исключением случаев несовместимых с жизнью) смертельные исходы заболеваний во многом зависят от эффективности деятельности системы здравоохранения. В связи с внедрением в массовую практику западных стран новых медицинских технологий и снижением смертности от болезней системы кровообращения появился термин «кардиоваскулярная революция». С точки зрения организации здравоохранения правомерен вопрос: какая доля больных в нашей стране получает эффективное по современным представлениям лечение, определяющее как качество жизни, так и ее продолжительность в состоянии болезни? По нашим данным [5], средний возраст человека с впервые выявленной ишемической болезнью сердца составлял в 2005 г. 63,3 года у мужчин и 63,7 — у женщин; средний возраст с летальным исходом от этих причин, соответственно, 67,9 и 74,9 года. В 2008 г., по данным Росстата, средний возраст с летальным исходом от этих причин был выше — 69,3 лет у мужчин и 79,1 — у женщин<sup>4</sup>, однако не достигал соответствующих показателей европейских стран. Средний возраст с летальным исходом от болезней системы кровообращения в странах Западной Европы, США и Японии составлял у мужчин 78,6 лет, у женщин — 84,2 [6, 7]. Таким образом, россияне живут гораздо меньше после установления диагноза.

В настоящей работе проведена оценка различных сторон предоставляемой кардиологической помощи по результатам опроса в 2009 г. руководителей здравоохранения и статистических служб регионов страны (Вологодской, Саратовской, Челябинской, Омской областей; Клинского района Московской области и республики Татарстан) и непосредственно работающих с больными практических врачей (214 человек), в том числе 94,3% кардиологов<sup>5</sup>. Использованы также результаты международных исследований: Всемирное исследование здоровья (WHS), Глобальное старение и здоровье взрослых (SAGE, un-weighted data)<sup>6</sup> и материалы официальной отчетности Минздравсоцразвития России (2009).

Одним из направлений оценки доступности и качества кардиологической помощи населению является оценка обеспеченности соответствующими кадрами, поликлиническими, в том числе диспансерами, стационарными подразделениями, имеющими в своем распоряжении необходимое оснащение, а также экстренной медицинской помощью. При этом необходимо проведение таких оценок не только для популяции в целом, что позволяет создавать обобщенные статистические отчетные формы, но и с выделением различных возрастных групп, городского и сельского населения, в том числе достаточно удаленных и труднодоступных территорий.

По данным опроса руководителей здравоохранения и статистических служб, обеспеченность врачами-кардиологами на изучаемых территориях составляет в среднем 5–6 специалистов на 100000 населения; среди

сельских жителей существенно ниже. По данным годовых отчетов медицинской статистики, на конец 2009 года специализированную кардиологическую помощь в стране оказывали 2589 сердечно-сосудистых хирургов и 10954 врачей-кардиологов, из них 14,8% работали на кафедрах, в НИИ и аппаратах органов управления. В 2009 г. в стране функционировали 52662 кардиологические койки (2,4% из них в сельской местности); всего 25 кардиологических диспансеров, 72% из них имели стационары (4194 койки), в 11 диспансерах осуществлялись высокотехнологичные методы лечения. В последние годы в стране развивается сеть специализированных учреждений, в том числе кардиологические сосудистые центры, ориентированные на оказание современной высокотехнологичной медицинской помощи. В 2009 г. высокотехнологичные методы лечения применялись в 56,4% областных, краевых и республиканских больниц (всего 110 учреждений), в 24% больниц скорой помощи и только в 10,8% городских больниц (1116 учреждений). Действовало 85 сосудистых центров с числом коек 4541, куда в 2009 г. поступило 75876 больных.

По результатам опроса врачей, прием в амбулаторно-поликлинических учреждениях в качестве кардиолога ведут специалисты, в большинстве случаев совмещающие эту работу с другой деятельностью. Соответственно, они не могут реально обеспечить квалифицированную кардиологическую помощь данному контингенту больных. Более того, и в стационарах до 50% врачей-кардиологов совмещают эту деятельность с другими обязанностями (совмещение может быть и в медицинских учреждениях вне системы Минздравсоцразвития России). В 2009 г. в медицинских учреждениях системы Минздравсоцразвития России меньший уровень совместительства среди кардиологов был в учреждениях федерального подчинения, где количество штатных должностей превышало на 16,5% количество физических лиц на данных должностях; в медицинских учреждениях подчинения субъектов РФ данный показатель превышал на 23,2%, муниципального подчинения — на 31,8%. В муниципальных учреждениях муниципального уровня сосредоточено 54,3% должностей кардиологов; в медицинских учреждениях, подчиненных субъектам Федерации, — 39,3%, федерального подчинения — 6,4%.

Данные обширной официальной статистики не позволяют ответить на принципиальный вопрос, какая часть населения обращается ежегодно за медицинской помощью, а какая по тем или иным причинам не обращается. В то же время органы управления здравоохранением и власти субъектов федерации не всегда владеют сведениями о функционировании на их территориях медицинских учреждений различной формы собственности и ведомственной принадлежности, так как отчетная информация направляется по разным каналам.

По материалам Всемирного исследования здоровья (WHS), основная часть больных с патологией системы кровообращения обращались за медицинской помощью в различные учреждения и получали назначенную врачами терапию.

По данным исследования «Глобальное старение и здоровье взрослых» (SAGE), лишь 10–13% больных, страдающих инсультом или стенокардией, а также 16,3% пациентов с артериальной гипертензией не обращались в учреждения здравоохранения в течение последнего года. Почти 80% больных пользовались услугами амбулаторно-поликлинической службы; более 30% (около 25% страдающих гипертонией) были госпитализированы (табл. 2), при этом чаще — сельские жители.

<sup>4</sup> Демографический ежегодник. Москва. 2009. С. 358.

<sup>5</sup> В сборе материала принимал участие канд. мед. наук В.Б. Белов. URL: <http://www.gks.ru/>

<sup>6</sup> Осуществлены Институтом под руководством ВОЗ в 2003 (в исследовании участвовали более 70 стран мира) и 2007–2010 гг. URL: <http://www.who.int/whs>, [www.who.int/sage](http://www.who.int/sage)

Таблица 2. Распределение больных с патологией системы кровообращения по виду контактов с медицинской сетью (%)

В течение года получали медицинскую помощь	Гипертоническая болезнь	Ишемическая болезнь сердца	Инсульт
— только амбулаторную	58,9	55,2	54,3
— только стационарную	4,9	6,6	10,0
— амбулаторную и стационарную	19,8	25,0	25,3
— не обращались	16,3	13,2	10,4

По материалам Всемирного исследования здоровья, частота госпитализации больных стенокардией в нашей стране значительно ниже, чем в странах Европы. Кроме того, применяемые методы и эффективность полученной больными в ходе этих контактов терапии требует специальной оценки. Так, например, доля лиц с установленным диагнозом стенокардии, не испытывающих болей в сердце в течение года, в нашей стране составляет не более 10%, в то время как в европейских странах  $\geq 40\%$ .

Результаты международного исследования ATR-survey (Angina Treatment Patterns), проведенного в 2002 г. в 9 странах Европы, в том числе в России, показали, что среди соотечественников преобладали больные стенокардией II и III функциональных классов, причем последних почти в два раза больше, чем в других странах, участвовавших в исследовании<sup>7</sup>. Это служит свидетельством, что наши больные не получают должного эффективного лечения, которое позволяет больным стенокардией в других странах достигать компенсации болезни и избавления от снижающих качество жизни симптомов заболевания на длительный период времени.

Медицинское обеспечение кардиологических больных складывается из нескольких основных уровней, деятельность каждого из которых является основой сохранения жизни больного и может быть эффективно реализована только при соответствующем профессиональном и ресурсном обеспечении.

Учитывая высокую частоту острых сердечно-сосудистых нарушений, новые подходы к медицинской коррекции этих состояний, требуется обеспечение своевременной и качественной экстренной помощи: прежде всего, это скорая медицинская помощь и готовность к оказанию такой помощи в приближенных к населению медицинских учреждениях.

По результатам исследования, сроки доставки кардиологических больных с острыми состояниями в стационар (особенно на селе) достаточно велики, то есть экстренная помощь больным с острой кардиологической патологией в значительной степени запаздывает. В первые три часа от начала болевого приступа больные в стационар доставляются редко, но и в течение последующих 4–6 ч необходимая терапия не проводится основной части из них. Более того, даже в течение суток нуждающиеся в лечении не поступают в больницы (в Саратовской области — лишь около половины больных, в Омской области — 62,9%). При этом 31,0% врачей (на селе 20,0%) указали, что больным с острым коронарным синдромом бригада скорой помощи всегда осуществляет тромболитическую терапию, но есть сообщения о нерегулярном обеспечении «скорой» необходимыми для этого препаратами. Требуется оценки специалистов и набор лекарственных средств, используемых для проведения в массовой практике экстренной тромболитической терапии. В распоряжении бригад скорой медицинской помощи

должны быть не только необходимые лекарства, но такие изделия медицинского назначения, как дефибрилляторы и др. 10% врачей скорой медицинской помощи в городах указали, что у них отсутствует реанимобиль. Особая проблема — обеспечение вертолетами для срочной доставки больных из отдаленных территорий.

Современный уровень кардиологической помощи может быть оказан в специализированных медицинских подразделениях, а после стационарного лечения больные требуют регулярного многопрофильного наблюдения в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

В современных условиях 54,8% врачей, работающих в поликлинике, указали, что они имеют возможность госпитализировать кардиологических больных в профильные отделения, а врачи скорой помощи — только в 37,5%. Другими словами, больные поступают в основном не в специализированный кардиологический стационар, а в терапевтические отделения больниц, где им оказывается помощь другого уровня. Около 20% врачей отмечают, что специализированного коечного фонда недостаточно, и существуют большие очереди на госпитализацию плановых больных. В больницах отсутствуют в достаточном количестве функциональные кровати, противопролежневые матрасы, прикроватные кардиомониторы с определением широкого спектра параметров и другие виды оснащения.

Таким образом, целевым направлением как в стране в целом, так и на уровне регионов должна стать модернизация кардиологической службы: расширение стационаров с современным уровнем оснащения и соответствующей подготовкой медицинского персонала.

Известно, что эффективное лечение зависит только от правильной диагностики. Результаты опроса врачей показывают, что до 30% (27,8% — в терапевтических отделениях больниц) из них ставят диагноз без достаточного обследования пациента. Только половина (48,1%) врачей имеют такую возможность в своем учреждении (главным образом в кардиологическом стационаре): 51,3% врачей областных центров; 45,9% врачей, проживающих в городах, и только 12,5% — на селе, то есть массовые медицинские учреждения, несмотря на существенные изменения в последние годы, недостаточно оснащены современным оборудованием. При этом значительная часть врачей отмечает, что приходится направлять пациентов на дорогие для многих из них платные обследования. По отчетам за 2009 г., компьютерная томография органов грудной клетки проведена около 500 000 человек, ангиокардиография — 219 706, ангиография — 215 139, магнитно-резонансная томография сердечно-сосудистой системы — 28205, при этом зарегистрировано больных с патологией системы кровообращения среди взрослого населения почти 32 млн человек (31 896 027). В 2009 г. в стране проведено 23808 (12,7%) рентгеноэндоваскулярных обследований больным острым инфарктом миокарда (всего 187126 больных в 2009 г.), из них лишь 24,6% — в первые 1,5 ч после госпитализации. Часть современных обследований (маркеры инфаркта миокарда, фибриноген, активированное время

<sup>7</sup> Диагностика и лечение стабильной стенокардии. URL: <http://www.cardiosite.ru/articles/article.aspx?articleid=6275>



**Таблица 3.** Распределение больных с заболеваниями системы кровообращения по количеству диагностированных врачами заболеваний\* (%)

Количество заболеваний	Гипертоническая болезнь	Ишемическая болезнь сердца	Инсульт
1	18,4	5,8	4,0
2	29,4	21,9	18,7
3	24,4	30,6	21,8
4	15,6	22,5	22,6
5	8,5	13,4	18,2
6 и более	3,7	5,8	14,7

*Примечание.* \* — из числа хронических заболеваний, включенных в программу исследования.

свертываемости крови, кислотно-щелочное равновесие, газовый состав крови<sup>8</sup> и т.п.), обязательных при оказании помощи кардиологическим больным, в некоторых учреждениях не проводится ни в экстренном, ни в плановом порядке. В настоящее время из-за отсутствия расходных материалов из 130 существующих рентгеноэндоваскулярных установок работают эффективно ( $\geq 200$  процедур в год) не более 25% [8].

Проблемы диагностики отражаются на лечении и исходах заболеваний, на структуре причин смертности нашего населения. В Российской Федерации при высоких показателях смертности от болезней кровообращения (основной причины) случаи летальных исходов от острого инфаркта миокарда в их структуре незначительны по сравнению с другими странами мира. Такой факт свидетельствует о низком уровне диагностики сердечно-сосудистых и других болезней, которые «маскируются» под диагнозом «Атеросклероз»: в некоторых старших возрастных группах каждому третьему умершему в России ставится этот диагноз. Смертность от атеросклероза (по МКБ-10: I.70) в России выше, чем в Германии: у мужчин — в 7,9 раз; у женщин — в 8,4; по сравнению с другими странами мира — в 20 и более раз, то есть состояние наших больных в меньшей степени подлежит клинической дифференцировке; высоко и продолжает расти доля неуточненных диагнозов [9]. Значительная часть кардиологических больных (около 80% — в городе и до 90% — на селе) умирает на дому.

О недостатках оснащения стационаров можно судить по результатам опроса врачей по поводу доступности им современных диагностических средств. Так, основному количеству врачей (75,3%) недоступны телемедицина, дистанционные консультации с аппаратурой для аудио-связи и приема ЭКГ, что чрезвычайно важно для жителей сельских и отдаленных районов (немного лучше положение в кардиодиспансерах и кардиологических отделениях больниц)<sup>9</sup>. Показателем оснащенности служит и доступность для врачей магнитно-резонансных методов исследования (35,6%). Таким образом, оснащенность больниц необходимо отслеживать не только по статистическим данным о количестве разных аппаратов и динамике поставок, но и по доступности использования этого оборудования для конкретных врачей, работающих с больными.

Длительность лечения кардиологических больных в значительной мере определяется действующими формальными ограничениями: лишь 30% врачей считают, что формальных ограничений нет; 46% всегда ориентируются на контрольные цифры, не учитывая индивидуальные проблемы здоровья пациента.

В современных условиях внедрение передовых технологий нередко ограничивается установленными подходами к оплате в системе ОМС, практически не опирающимися ни на патогенетические механизмы развития патологии (оплачивается лечение только основного заболевания, а не всего комплекса патологических отклонений у человека), ни на современные способы лечения больных (сдерживание инноваций).

Материалы многочисленных специальных исследований демонстрируют комплексность, сочетанность заболеваний сердца и сосудов и заболеваний других органов. По данным SAGE (2007–2010 гг.), болезни системы кровообращения в изолированном виде встречаются с частотой менее 10% (лишь гипертоническая болезнь — 18,4%), в основном сопровождаются другими заболеваниями. Более 30–40% больных указали, что страдают четырьмя и более болезнями различных органов и систем (табл. 3), при этом с возрастом частота сочетанных поражений увеличивается.

Сочетанность заболеваний характерна для населения разных стран [10, 11], то есть это явление общее. Значимость его будет возрастать в связи с увеличением диагностических возможностей медицины, выявлением патологических поражений не только на клиническом, но и на более тонком уровне. В этой связи должны изучаться не только распространенность различных сочетаний, но и механизмы их формирования, а для современного практического здравоохранения необходимы клинические рекомендации по ведению больных с сочетанными заболеваниями в массовой медицинской практике. Фактически это восходит к учению М.Я. Мудрова (1949), призывавшего «лечить не болезнь, а больного», опубликованному еще в 1820 г. [12].

Широкая известность болезней системы кровообращения как ведущей причины смерти предполагает особую настороженность и активную деятельность медицинской сети страны в отношении этого контингента больных. Вместе с тем в амбулаторно-поликлинических учреждениях регулярное диспансерное наблюдение больных с кардиологической патологией осуществляет лишь около 40% врачей. При этом регулярный контроль массы тела кардиологическим больным осуществляется примерно половиной врачей (45,5% — в поликлинике; 55,6% — в кардиологическом диспансере), динамика ЭКГ отслеживается более тщательно. Контроль тромбоцитов<sup>10</sup>, липопроте-

<sup>8</sup> В 2009 г. в стране использовалось всего 368 аппаратов для исследования газового состава крови, выполнено 377426 исследования.

<sup>9</sup> В 2009 г. в стране насчитывалось всего 83 дистанционно-диагностических кабинета (отделения), во всех участковых больницах страны — 1. Тем не менее, Минздравсоцразвития России отчитался о проведении в 2009 г. 784503 дистанционных исследований ЭКГ.

<sup>10</sup> В стране 394 анализатора агрегации тромбоцитов в системе Минздравсоцразвития РФ.

идов регулярно осуществляют 58,6% опрошенных врачей, другая половина контроль функционального состояния в процессе лечения проводит время от времени (велозергометров в стране насчитывается 2474 штуки; 28,6% из них устарели). Ведущие кардиологи страны [8] с сожалением отмечают, что даже работающие в рамках регистра «Артериальная гипертония» врачи проводят полноценное обследование по выявлению сердечно-сосудистых факторов риска только у 17,2% больных, а по диагностике поражений органов-мишеней — менее чем у 1/3 больных (28,1%).

В практику медицинских учреждений активно внедряются современные лекарства, в том числе препараты из группы статинов. Если в середине 90-х годов их применяли менее 10% врачей (для многих они не были известны), то в 2009 г. в ряде областей (например, в Омской) достигнуто 100% обеспечение кардиологических больных, нуждающихся в препаратах этой группы. Соответственно, это сказывается на исходах патологии системы кровообращения, а также на смертности населения от этих причин.

Вместе с тем, по мнению врачей, бесплатное лечение кардиологических больных не включает все необходимые препараты. Лечение обеспечивается теми препаратами, которые включены в утвержденный перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (хотя они регулярно актуализируются), а дорогостоящие препараты приобретаются (или не приобретаются) больными самостоятельно. Так, например, вышло с лечением острого инфаркта миокарда. По мнению врачей, около 18% больных острым инфарктом миокарда в стационаре получают должное лечение, лишь купив необходимые препараты или оплатив необходимое вмешательство (хотя на государственном уровне принято решение о предоставлении таким больным необходимых препаратов бесплатно); 7,4% врачей сообщают, что даже в стационаре пациенты не получают необходимого лечения. При амбулаторном наблюдении эта доля увеличивается до 32 и 13%, соответственно.

В материалах других авторов содержатся сведения о том, что больные, госпитализированные в медицинские учреждения с высокотехнологичными методами лечения и обеспечивающими низкий риск смертности, получали более приближенное к рекомендуемому современными руководствами лечение по сравнению с больными из других стационаров [13]. Но в то же время авторы считают, что в такие учреждения больные попадают при большем времени ожидания. Отличается и ведение больных, наблюдаемых в поликлиниках и кардиодиспансерах [14].

В 1999 г. около 40% больных лечились устаревшими, малоэффективными средствами [15]; в последние годы адекватное лечение (в соответствии с рекомендациями Российского медицинского общества артериальной

гипертонии) получали 56,6% больных — немногим более половины [8]. В то же время, очевидно, что на всей территории страны ситуация неоднородна.

По результатам опроса врачей, после проведенного стентирования (высокотехнологичное вмешательство) основная часть больных получает не полное бесплатное лечение: например, необходимый в этом состоянии клопидогрел, предотвращающий тромбирование стентов, пациенты получают бесплатно только в течение одного месяца (указали 78,4% врачей) или полугода (указали 15,5% врачей), в остальное время (необходимый период не менее 12 мес) — только за плату. Учитывая расширение спектра высокотехнологичных операций и, соответственно, нарастание потребностей в медицинском обеспечении подвергнутых им больных, целесообразно предусмотреть выделение средств на необходимые современные лекарственные средства в массовой практике.

По данным наших исследований (WHS), 1/3 больных из сельских местностей и поселков городского типа, а также каждый четвертый городской житель (24,8%) не приобрели или приобрели лишь некоторые из назначенных препаратов, то есть не получили адекватного лечения своего заболевания, главным образом (55–65%) в связи с недостатком средств. Среди лиц старше 60 лет приобрели все назначенные врачом лекарственные средства около половины больных (53,8%), а 25% — лишь некоторые или даже никакими препаратами. Это подтверждается и другими данными [16]: пациенты, особенно пожилые, не имеют возможности покупать качественные эффективные препараты и должны довольствоваться более дешевыми, но не всегда безопасными.

По результатам личных наблюдений опрошенных врачей, существенно отличается распределение лиц, заболевших острым инфарктом миокарда и умерших от него, по материальному достатку их семей: имеет место так называемый социальный градиент. Среди умерших значительно выше доля лиц с низким уровнем материального обеспечения, чем среди заболевших. Другими словами, в более обеспеченных семьях заболевшие острым инфарктом миокарда выживают чаще, чем среди малообеспеченных (табл. 4).

По данным Всемирного исследования здоровья (WHS), выявлено худшее отношение к пациентам и, соответственно, худшее лечение в ходе медицинского обслуживания в связи с возрастом больных (худшее отношение и меньшее внимание к пожилым людям, унижающее человека равнодушие к проблемам его здоровья), а также независимо от возраста больных худшее отношение в связи с низким материальным статусом, невозможностью оплатить необходимые для лечения медикаменты, врачебные манипуляции и операции. Распространенность этих негативных ощущений у пациентов в связи с недостаточным материальным положением в России суще-

Таблица 4. Мнение врачей о распределении по материальному достатку заболевших острым инфарктом миокарда и умерших от него (%)

Материальный достаток семьи	Доля лиц:		Соотношение показателей (p <sub>1</sub> /p <sub>2</sub> )
	среди заболевших острым инфарктом миокарда (p <sub>1</sub> ±m)	среди умерших от острого инфаркта миокарда (p <sub>2</sub> ±m)	
Высокий	14,6±3,1	8,4±3,1	1,7
Средний	60,5±4,3	45,1±5,6	1,3
Низкий	24,8±3,8	46,5±5,7	-0,5

Таблица 5. Оценка возможности врача самостоятельно установить необходимость проведения некоторых медицинских вмешательств (%)

Самостоятельно установить необходимость проведения	Врачи кардиологического стационара	Врачи поликлиники
тромболизисной терапии*:		
– да, могу	81,4	38,8
– могу предположить	18,6	46,9
– не могу	-	14,3
реваскуляризации сосудов:		
– да, могу	32,4	22,0
– могу предположить	61,8	49,0
– не могу	5,9	28,6
аортокоронарного шунтирования:		
– да, могу	28,4	20,4
– могу предположить	55,2	44,9
– не могу	16,4	34,7

Примечание. \* — по данным Е.И. Чазова, С.А. Бойцова (2009), даже фельдшер должен быть подготовлен к осуществлению этой терапии.

ственно выше, чем в других странах [17]. Это серьезные морально-этические проблемы во взаимоотношениях врача и пациента, ухудшающие психологическое состояние и, соответственно, усугубляющие течение болезни — реальный фактор, влияющий на показатели здоровья и, в частности, на смертность населения страны.

Качество медицинской помощи определяется уровнем знаний врачей, свободой их ориентации в современном, чрезвычайно широком спектре лекарственных средств и медицинских технологий. Для принятия решений по изменению ситуации в здравоохранении, его модернизации очень важны данные о том, владеет ли основная масса врачей знанием механизмов действия современных лекарственных средств, может ли самостоятельно принять решение о назначении больному необходимых лекарственных препаратов и медицинских вмешательств. Около 70% (в среднем 68,8%) врачей считают, что они могут сами принять решение о назначении лекарственных средств, не ограничиваясь каким-либо формальным регламентом, но более 30% — назначают больным только те препараты, которые имеются в пределах рекомендуемого перечня жизненно важных лекарственных средств. При этом показателем профессионального уровня врачей, работающих с кардиологическими больными, служит их личная ориентация в необходимости проведения таких методов лечения больных, как тромболизисная терапия (уверенно могут установить ее необходимость среди всех врачей 68,1%). Менее 30% врачей (29,9%) могут установить необходимость проведения реваскуляризации сосудов (не случайно процент направления врачами поликлиник на эндоваскулярные обследования очень низок [8]), только каждый четвертый врач (23%) определяет необходимость проведения аортокоронарного шунтирования. Уровень профессиональных знаний и навыков отличается у врачей, работающих в разных медицинских учреждениях (табл. 5).

Другими авторами также отмечены недостатки знаний врачами современных возможностей фармакотерапии при остром инфаркте миокарда [14]; отмечена связь между количеством осложнений и ежегодным количеством вмешательств, выполненных как отдельными врачами, так и учреждением в целом [18], то есть современные врачи, работающие в массовой медицинской практике с кардиологическими больными, не имеют необходимых навыков.

Охват специализацией (обновление и актуализация знаний и навыков) высок: более 80% кардиологов прошли

курсы усовершенствования в течение последних 5 лет (среди врачей, работающих на селе — 62,5%)<sup>11</sup>. Вместе с тем лишь 32% врачей-кардиологов указали, что в процессе усовершенствования они получили много новой, полезной информации; 42,9% — смогли внедрить полученные знания в практику своих медицинских учреждений (в областных центрах — 47,1%). Таким образом, выявлена необходимость нового взгляда на подготовку и переподготовку врачей при весьма ограниченной самоподготовке и личной активности в получении новых знаний. Среди работающих в поликлиниках и терапевтических отделениях больниц 33,4% (до 25,0% на кафедрах медицинских вузов) врачей указали, что они практически не знакомы с иностранной литературой; значительная часть врачей (30,6%) лишь иногда интересуется или совсем игнорирует (3,2%) даже отечественную медицинскую литературу.

Таким образом, результаты оценки качества оказываемой медицинской помощи больным с патологией системы кровообращения выявляют ряд проблем, требующих неотложного разрешения при осуществлении курса на обновление здравоохранения и снижение смертности от этих заболеваний.

Прежде всего, наряду с проводимым переоснащением учреждений требуется срочное изменение содержания подготовки и переподготовки врачей, включая своевременное обеспечение их необходимой информацией, в том числе сведениями о новых медицинских технологиях, применяемых при лечении больных в других странах, достигших низких уровней смертности населения.

Необходимо увеличение заработной платы врачам для сокращения совместительства и возможности регулярной актуализации профессиональных знаний. Кроме того, органами управления здравоохранением с участием ученых различных медицинских специальностей должен быть проведен пересмотр формальных ограничений, регламентирующих деятельность врача в новых условиях.

Полученные данные показывают, что социальное расхождение и материальное положение людей сказывается на исходах возникающих заболеваний, и для решения вопросов снижения смертности и увеличения продолжи-

<sup>11</sup> По данным официальной статистики, имеют сертификат специалиста-кардиолога 89,9% врачей, работающих кардиологами.

тельности жизни должно быть обеспечено полноценное лечение больных независимо от их материального положения.

Представляется целесообразным наладить оценку потребности населения в различных видах медицинской помощи, получение строгих и сопоставимых эпидемио-

логических данных о распространенности основных видов патологии, в том числе возобновить регулярные комплексные исследования здоровья населения, расширить содержание официальной статистики с учетом современных требований к информатизации охраны здоровья населения.

#### REFERENCES

1. Antonova O.I., Maqsimova T.M., Ogr'y'zqo E.V. Metodologicheskije problemy' sbora svedenii' po statistiqe zdравookhraneniia ot lechebno-profilakticheskikh uchrezhdenii'. *Voprosy' statistiki*. 2008; 12: 17–21.
2. Oganov R.G. E'pidemiologiia arterial'noi' gipertonii. *Kardiologicheskii' vestneyq*. 2007; 2: 80.
3. Maqsimova T.M., Lushqina N.P., Barabanova N.A. Smertnost' naseleniia ot zabolevani' i voprosy' meditsinski' pomoshchi. Smertnost' naseleniia: tendentsii, metody' izucheniia, prognozy': Sb. statei' «Demograficheskije issledovaniia» / pod red. M.B. Denisenqo, G.Sh. Bakhmetovoi'. M.: MAKS-Press. 2007; 13: 272–279.
4. Ford E.S., Ajani U.A., Croft J.B., Critchley J.A. et al. Explaining the decreal in us death from coronary disease. *NEJM*. 2007; 356: 2388–2398.
5. Maqsimova T.M., Belov V.B., Gavrilova N.N. i dr. Srednii' vozrast vy'avleniia patologii, qachestvo diagnostiqi i dlitel'nost' zhizni bol'ny'kh. *Biulleten' NNI obshchestvennogo zdorov'ia RAMN*. 2005; 1.
6. Demograficheskii' ezhegodniq, 2009. *Statisticheskii' sborniq. Moskva*. 2009. S. 358.
7. Andreev E.M., Wishnevskii' A.G. Vy'zov vy'soqoi' smertnosti. *Narodona-selenie*. 2004; 3: 75–84.
8. Chazov E.I., Boi'tcov S.A. Puti snizheniia serdechno-sosudistoi' smertnosti v strane. T. I (XVI). *Kardiologicheskii' vestneyq*. 2009; 1: 5–10.
9. Maqsimova T.M., Lushqina N.P. Sostav prichin smerti pozhilogo naseleniia qaq poqazatel' qachestva meditsinski' pomoshchi. *Demograficheskii' ezhenedel'-niq «Demosqop Weekly»*. E'leqtronnaia versiia biulletenia «Naselenie i obshche-stvo», 16–29 marta. 2009. S. 369–370.
10. Campbell-Scherer D. Multimorbidity: a challenge for evidence-based medicine. *Evid Based Med*. 2010; 15: 165–166.
11. Caughey G.E., Ramsay E.N., Vitry A.I. et al. Comorbid chronic diseases, discordant impact on mortality in older people: a 14-year longitudinal population study. *J. Epidemiol Community Health*. 2010; 64: 1036–1042.
12. Mudrov M.Ia. Izbranny'e proizvedeniia. *Izd. AMN SSSR*. 1949. S. 220.
13. E'rlikh A.D., Gracyanskii' N.A. Registr REKORD — lechenie bol'ny'kh s OKS v statcionarakh, imeiushchikh i ne imeiushchikh vozmozhnost' vy'polneniia invazivny'kh qoronarny'kh protcedur. *Kardiologiia*. 2010; 7: 8–14.
14. Nesterov Iu. L. i dr. Ocenqa e'ffektivnosti vtorichnoi' profilaktiqi. *Kar-diovasqularnaia terapiia i profilaktiq*. 2010; 5: 12–17.
15. Chazov E.I. Programma po bor'be s arterial'noi' gipertoniei'. *Kardiologicheskii' vestneyq*. 2007; 2: 80.
16. Chazova I.E. Problemy' lecheniia arterial'noi' gipertonii v Rossii. T. II (XIV). *Kardiologicheskii' vestn*. 2007; 2: 81.
17. Maqsimova T.M., Lushqina N.P. E'ticheskije i deontologicheskije problemy' Rossii'sqogo zdравookhraneniia. *Problemy' sotcial'noi' gigieny', zdравookhraneniia i istorii meditsiny'*. 2009; 3: 3–5.
18. Sy'rqn A.L., Noviqova N.A., Terehin S.A. Ostry'i' qoronarny'i' sindrom. *Moskva*. 2010.

#### КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

**Максимова Тамара Михайловна**, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отдела исследований общественного здоровья Национального НИИ общественного здоровья РАМН

Адрес: 105064, Москва, ул. Воронцово поле, д. 12, стр. 1

Тел.: (495) 916-24-52, (495) 917-48-86, факс: (495) 916-03-98

E-mail: tmaximova@mail.ru; institute@mail.ru

**Лушкина Нина Петровна**, кандидат экономических наук, ведущий научный сотрудник отдела исследований общественного здоровья Национального НИИ общественного здоровья РАМН

Тел.: (495) 917-82-58

**Огрызко Елена Вячеславовна**, кандидат медицинских наук, заведующая отделением медицинской статистики ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздравсоцразвития России

Адрес: 127254, Москва, ул. Добролюбова, д. 11

Тел.: (495) 611-51-33, (495) 619-00-70, факс: (495) 619-00-70

E-mail: ogrev@mail.ru