

УДК 616.12-005.4; 616-08.039.57

## КАЧЕСТВО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ВРАЧАМИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Т.М. Мураталиев, С.А. Махмутходжаев, В.К. Звенцова, Ю.Н. Неклюдова*

Оценено качество ведения больных со стабильной стенокардией на уровне первичного звена здравоохранения. Установлено отсутствие адекватного уровня проводимых мер по выявлению и коррекции основных факторов риска коронарной болезни сердца (КБС) и недостаточное использование объективных диагностических тестов.

*Ключевые слова:* стенокардия напряжения; факторы риска; вторичная профилактика; первичное звено здравоохранения.

Начиная с 90-х гг. прошлого столетия, продолжается неуклонный рост смертности от коронарной болезни сердца (КБС) и одним из ее основных проявлений является стабильная стенокардия (СС) [1, 2]. Смертность от КБС в центральноазиатских республиках в 4,2 раза превышает средний уровень смертности по Евросоюзу [3, 4]. За последние 15 лет прирост заболеваемости КБС в Кыргызской Республике составил более 21,5 % [5]. До сих пор в Кыргызстане проблема соответствия реальной клинической практики международным рекомендациям и нормативным руководящим документам не изучена, поэтому актуальным является проведение в республике исследования с целью оценки реальной ситуации в ведении пациентов с КБС, что позволит оптимизировать, а также улучшить качество ведения больных со стабильной стенокардией на уровне первичного звена здравоохранения.

Цель исследования – оценить качество ведения больных со стабильной стенокардией (СС) на уровне первичного звена здравоохранения в Кыргызской Республике.

**Материал и методы исследования.** Материалом описательного ретроспективного исследования послужили амбулаторные карты больных с диагнозом СС, находящихся на диспансерном учете в 11 центрах семейной медицины (ЦСМ) г. Бишкек и 8 ЦСМ Чуйского региона. Методом случайной выборки из 3685 амбулаторных карт были отображены 1636 карт больных с диагнозом СС.

Для выполнения ретроспективного исследования была разработана унифицированная регистрационная форма, куда вносилась общая информация о пациенте; медицинский анамнез; факторы риска

(ФР), осложнения и сопутствующие заболевания; спектр назначаемых лабораторно-инструментальных методов исследования; назначаемые немедикаментозные методы лечения и медикаментозная терапия; целевые показатели основных ФР.

Статистическая обработка материала проводилась с помощью компьютерного пакета “Microsoft Excell 2007” и программы Statistica 8.0.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Как показали результаты проведенного исследования в выборке исследованных нами амбулаторных карт из всех больных, наблюдающихся в ЦСМ женщины составили 58,2 %, мужчины – 41,8 %. Средний возраст больных –  $65,5 \pm 11,8$  года (мужчин –  $64,5 \pm 10,9$  года, женщин –  $66,3 \pm 11,4$  года). Согласно результатам европейских исследований [6], средний возраст больных со стабильной стенокардией – 61 год.

Возрастная характеристика больных СС (таблица 1) показала, что, большинство пациентов составили лица старше 60 лет (1086 чел., 66,4 %),

Таблица 1 – Характеристика пациентов со стабильной стенокардией

Возраст, (лет)	Кол-во пациентов, (n, %)	Мужчины, (n, %)	Женщины, (n, %)
≤40	6 (0,4%)	3 (0,2%)	3 (0,2%)
41–50	121 (7,4%)	73 (4,5%)	48 (2,9%)
51–60	423 (25,8%)	195 (11,9%)	228 (13,9%)
61–70	639 (39,1%)	251 (15,3%)	388 (23,8%)
71–80	410 (25,1%)	149 (9,1%)	261 (16,0%)
> 81	37 (2,2%)	14 (0,9)	23 (1,3%)

что связано с высокой распространенностью СС в пожилом возрасте, а также их большей обращаемостью этих больных в поликлиники, чем лиц среднего возраста (550 чел., 33,6 %).

Результаты распределения больных по степени тяжести заболевания выявили, что наибольшее количество пациентов со СС составили лица с III функциональным классом (ФК; 68,2 %). В то же время количество пациентов с I и II ФК оказалось менее 30 %, что свидетельствует о низком уровне выявляемости пациентов с доклиническими и начальными проявлениями КБС.

По данным амбулаторных карт пациентов со СС выявлена высокая частота сопутствующих заболеваний и осложнений КБС. Так, у большинства больных (85,8 %) регистрировалась гипертоническая болезнь (ГБ). Причем чаще встречалась ГБ III степени очень высокого риска осложнений (65,0 %).

Постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз у пациентов встречался в 61,4 % случаев. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) фигурировала в диагнозе у 68,8 % больных, при этом почти у половины (49,3 %) пациентов отмечалась тяжелая ХСН III-IV ФК (NYHA). Нарушения ритма и проводимости сердца были отмечены у 46,8 % больных, сахарный диабет 2 типа встречался в 12,1 % случаях (таблица 2).

Таблица 2 – Частота сопутствующих заболеваний и осложнений КБС у больных со стабильной стенокардией

Заболевания		n (%)
Гипертоническая болезнь	I ст.	59 (3,6%)
	II ст.	280 (17,1%)
	III ст.	1064 (65,0%)
	всего	1403 (85,8%)
Постинфарктный кардиосклероз		323 (19,7%)
Атеросклеротический кардиосклероз		682 (41,7%)
Хроническая сердечная недостаточность (NYHA)		1127 (68,8%)
Нарушения ритма и проводимости сердца		767 (46,8%)
Сахарный диабет		198 (12,1%)

Примечание: NYHA-New York Heart Association.

Таким образом, основной контингент больных с диагнозом “стабильная стенокардия”, состоящих на диспансерном учете в ЦСМ, составили лица пожилого возраста, женского пола, с тяжелым ФК СС, сопутствующими ГБ, ХСН и нарушениями ритма сердца, что свидетельствует о низком уровне выявляемости пациентов с доклиническими и начальными проявлениями КБС.

При анализе амбулаторных карт нами выявлена низкая частота назначения врачами первичного

звена таких рутинных методов исследования, как общий анализ крови, который был проведен только 950 (58,1 %) больным, АЛАТ и АсАТ – 181 (11,1 %), сахар крови – 908 (55,5 %) пациентам. Такой важный лабораторный анализ, как холестерин (ХС) крови, исследовался только у половины больных, при этом следует отметить, что спектр липидов определялся лишь у 84 (5,1 %) пациентов.

Инструментальные методы исследования проводились крайне редко. ЭКГ регистрировалась хотя бы один раз в год только у половины больных (51,1 %), находящихся на диспансерном наблюдении. Кроме того, врачи первичного звена редко назначали ЭхоКГ и ВЭМ-пробу (441 чел., 31,0 % и 99 чел., 7,1 % соответственно). Холтеровское ЭКГ-мониторирование было проведено у 2 % всех больных, находящихся с диагнозом СС на диспансерном учете. Частота применения коронароангиографического (КАГ) исследования у больных со СС составила всего 0,9 %.

Таким образом, результаты исследования показали, что диагностические тесты, необходимые в соответствии с международными рекомендациями для постановки диагнозов “стабильная стенокардия” и “КБС”, назначались пациентам очень редко. Диагностика СС у этих пациентов не основывалась на объективных результатах, а опиралась на субъективные жалобы пациентов.

Основная цель профилактики КБС у больных с установленной КБС, как и у лиц с высоким риском их развития, одна: снижение риска их осложнений, предотвращение преждевременной нетрудоспособности, летальности и продление их жизни [7, 8]. В связи с этим важна оценка выявляемости ФР КБС врачами первичного звена, а также проведение мер по их коррекции.

В нашем исследовании наличие АГ было отмечено в 1403 (85,8 %) амбулаторных картах. Определение липидного спектра показано всем пациентам с КБС [6, 8]. По нашим результатам уровень ХС был определен только у половины больных КБС, состоящих на диспансерном учете. Так, в амбулаторных картах уровень ХС определялся у 858 (52,4 %) больных, из них у 684 (41,8%) отмечалась гиперхолестеринемия (ХС > 5,2 ммоль/л), при этом анализ всего липидного спектра был проведен лишь у 84 (5,1 %) пациентов. Курение также оказывает отягощающее влияние на течение КБС [9]. Из 1636 амбулаторных карт больных со СС врачами первичного звена отношение больного к курению было отмечено лишь в 27 (1,7 %) картах, указания на наличие нарушения жирового обмена присутствовали в 281 (17,2 %) картах. В амбулаторных картах пациентов сахар крови определялся у 893 (54,6 %) больных. Указание на низкую физическую активность (0,8 %) отмечено лишь

в единичных амбулаторных картах. В настоящее время известно, что повышенная ЧСС является независимым ФР. По результатам регистрации в амбулаторных картах больных со СС средняя ЧСС на фоне лечения составила  $78,4 \pm 12,2$  уд/мин. Целевой уровень ЧСС был достигнут лишь у 10,3 % больных со СС.

Динамика уровней АД была отмечена при каждом визите больного к врачу. Однако следует отметить, что целевой уровень АД на фоне проводимой терапии был достигнут лишь у 371 (22,7 %) больного. Число пациентов с КБС, у которых был достигнут целевой уровень ХС ( $\leq 4,5$  ммоль/л), при котором доказан наименьший риск развития сердечно-сосудистых осложнений, оказалось низким и составило 20,9 % от больных, которым был определен уровень общего холестерина. У больных с СД 2 типа целевой уровень сахара крови был достигнут только у 28 (14,1 %) пациентов.

Результаты анализа амбулаторных карт показали низкую частоту достижения врачами первичного звена целевых уровней показателей частоты ЧСС, АД, ХС, ЛПНП и сахара крови. Нами также была проанализирована частота назначения врачами первичного звена немедикаментозных методов лечения больным со стабильной стенокардией.

Согласно результатам исследования, наиболее частой рекомендацией врачей было соблюдение диеты, которая отмечалась в 811 (49,6 %) амбулаторных картах. Пропаганда отказа от курения является не только медицинской, но и социальной задачей, что подтверждается данными проспективного исследования, в ходе которого 99,2 % курящих больных получили рекомендацию от врачей по отказу от курения [10]. По нашим данным, рекомендации по отказу от курения получили лишь 8 (29,6 %) курящих пациентов.

Очень редко встречались рекомендации врачей в отношении физической активности пациентов: физические тренировки были рекомендованы 160 (9,8 %) больным, следует обратить внимание на полное отсутствие контроля со стороны врачей за массой тела. Так, снижение веса было рекомендовано 26 (9,3 %) больным, страдающим ожирением. Таким образом, как показали результаты проведенного нами анализа амбулаторных карт, врачи первичного звена не уделяют должного внимания выявлению ФР КБС, особенно модифицируемых, и соответственно, проведению их коррекции с целью снижения риска сердечно-сосудистых осложнений и летальности.

#### Выводы

1. К основным недостаткам ведения больных со СС на уровне амбулаторно-поликлинического звена следует отнести отсутствие адекватного уровня мер по выявлению и коррекции основных модифицируемых ФР КБС, таких как куре-

ние, АГ, дислипидемия, сахарный диабет, гиподинамия, избыточная масса тела, ожирение и др.

2. Врачи первичного звена в большинстве случаев не используют объективные тесты для диагностики СС, а основываются на субъективных жалобах больного.
3. Частота назначения инвазивных вмешательств как с диагностической, так и с лечебной целью остается крайне низкой.

#### Литература

4. Abrams J. Chronic stable angina // *N Engl J Med*. 2005. V. 352. P. 2524–2533.
5. Thadani U. Current medical management of chronic stable angina // *J Cardiovasc Pharmacol Ther*. 2004. V. 9 (suppl 1). P. 11–29.
6. АНА Guidelines for Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Stroke: 2002 Update // *Circulation*. 2002. V. 106. P. 388–391.
7. Клинические протоколы для первичного уровня здравоохранения // Сборник № 1. Бишкек, 2002. С. 16–23.
8. Информационный центр ВОЗ по здоровью населения и здравоохранение в центральноазиатских республиках. Health of population and health care in central Asian republics WHO information center on health for CAR // *Carinfonton J*. 2000. V. 1. P. 3–15.
9. Fox K., Garsia M., Ardissino D. Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary // *Eur. Heart J*. 2006. V. 27 (11). P. 1341–1381.
10. ESH-ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // *European Heart Journal*. 2007. V. 28. P. 1462–1536.
11. Fraker T., Fihn S. 2007 Chronic angina focused update of the ACC/AHA 2002 Guidelines for the management of patients with chronic stable angina: a report of the American college of cardiology / American heart association task force on practice Guidelines writing group to develop the focused update of the 2002 Guidelines for the management of patients with chronic stable angina // *J. Am. Coll. Cardiol*. 2007. V. 50. P. 2264–2274.
12. Kaplan C.P., Perez-Stable E.J., Fuentes-Afflick E. et al. Smoking cessation counseling with young patients: the practices of family physicians and pediatricians // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med*. 2004. V. 158 (1). P. 83–90.
13. Eastaugh J.L., Calvert M.J., Freemantle N. Highlighting the need for better patient care instable angina: results of the international Angina Treatment Patterns (ATP) Survey in 7074 patients // *Family Practice*. 2004. V. 21. P. 1–8.