

Амбулаторно-поликлиническая помощь: больше вопросов, чем ответов

А.Л. Вёрткин, Н.О. Ховасова, Е.Д. Ларюшкина, Е.А. Алгиян, В.А. Шевцова, А.А. Сокол

Кафедра терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ, Москва

Статья посвящена проблемам амбулаторно-поликлинического звена, с которыми врач ежедневно сталкивается в своей практике. В первую очередь это выявление факторов риска, профилактика и своевременная диагностика кардио- и цереброваскулярных заболеваний как основной причины смертности населения России. Показано отсутствие преемственности в работе амбулаторного и стационарного этапов оказания медицинской помощи, неосведомленности врачей первичного звена о тактике ведения отдельных групп пациентов (в частности, длительно иммобилизованных) и отсутствие современных лекарственных препаратов на догоспитальном этапе. В статье мы хотели привлечь внимание практикующих врачей к данной тематике.

Ключевые слова: амбулаторно-поликлиническая помощь, факторы риска, кардиоваскулярные заболевания, длительная иммобилизация, анемия.

В амбулаторно-поликлиническом звене существует масса проблем, стоящих особенно остро на сегодняшний день. Наиболее важными из них, на наш взгляд, являются следующие:

- 1) отсутствие своевременного выявления и лечения факторов риска кардио- и цереброваскулярных заболеваний;
- 2) неадекватная профилактика осложнений ССЗ (эмболический инсульт и ТЭЛА при мерцательной аритмии);
- 3) отсутствие единой тактики ведения и применения современных лекарственных препаратов при лечении неотложных состояний на догоспитальном этапе;
- 4) анемия, особенно у пациентов с кардиоваскулярной патологией;
- 5) длительно иммобилизованные пациенты;
- 6) коморбидная патология;
- 7) лечение пациентов в дневном стационаре.

По данным статистики, среди 1 млн взрослого населения Москвы, прикрепленного к поликлиникам города, почти 300 тыс. пациентов имеют кардио- и цереброваскулярные заболевания. При этом лидирующие позиции занимают ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 94 995 пациентов (33,3 %) и цереброваскулярные заболевания – 87 771 (30,8 %).

Подобная ситуация вызывает существенные затруднения в обеспечении диспансерного наблюдения указанных категорий больных кардиологами и неврологами. Поэтому основная роль по регулярному наблюдению таких больных ложится на участковых терапевтов. Кроме того, в задачи терапевтической службы догоспитального этапа входит не только лечение, наблюдение и реабилитация паци-

ентов с установленным сосудистым диагнозом, но и раннее выявление и коррекция факторов риска, а также осуществление мер профилактики ССЗ.

Насколько в реальной жизни удастся в полной мере осуществить эту работу?

Для ответа на этот вопрос нами были проанализированы амбулаторные карты пациентов, умерших вне стационара за октябрь – декабрь 2011 г. в одном из территориальных округов Москвы. Таких пациентов оказалось 418, из них 241 (57,6 %) – умерших от сосудистой патологии: кардиопатологии – 175 (72,6 %) и цереброваскулярной – 66, (27,4 %). Следует заметить, что в 59,4 % случаев пациенты ни разу не были госпитализированы по основному заболеванию. Среди этих пациентов амбулаторно обследование по основному заболеванию проводилось только в 48,5 % случаев, и только у половины (46 %) имелась трактовка полученных результатов в амбулаторной карте.

Какие же больные умирают от сосудистой патологии? В 66 % – это женщины, а в 34 % – мужчины, и все преимущественно в возрасте за 70 лет. Это отражает новую тенденцию: в 2010 г. за многие годы женщины по показателям смертности достигли уровня смертности у мужчин, а в 2011 г. даже её опередили.

В амбулаторной практике наблюдается низкая частота аутопсий у пациентов, умерших вне стационара. Так, из 241 пациента, умерших от кардиоваскулярной патологии, аутопсия проводилась у 39 (16,2 %), при этом в 70 % случаев имело место расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов. Основными причинами расхождений диагнозов послужили недиагностированные ОИМ ($n = 12$, 30,7 %), ОНМК ($n = 5$, 12,8 %), а также в случаях отсутствия



какого-либо клинического диагноза ($n = 7, 17,9 \%$). Кроме того, в ряде случаев не были диагностированы смертельные осложнения: ТЭЛА ($n = 12, 30,7 \%$), терминальная ХСН ($n = 7, 17,9 \%$), разрыв миокарда с гемотампонадой ($n = 4, 10,2 \%$), острые эрозии с ЖКК ($n = 5, 12,8 \%$), пневмония ($n = 3, 7,7 \%$). Это показывает, что у каждого пятого пациента не диагностирована ХСН, а у каждого третьего – ТЭЛА, что может свидетельствовать о несвоевременном лечении и профилактике этих осложнений.

В структуре кардиоваскулярной патологии ($n = 175$) лидерами являются гипертоническая болезнь ($n = 174, 99,4 \%$) и различные формы ИБС: атеросклеротический кардиосклероз ($n = 86, 49,1 \%$), постинфарктный кардиосклероз ($n = 39, 22,3 \%$), ОИМ ($n = 22, 12,6 \%$), стенокардия напряжения ($n = 23, 13,1 \%$) и аритмический вариант ИБС ($n = 5, 2,9 \%$). Однако большая часть пациентов имели не только кардиоваскулярное заболевание, но и другие коморбидные состояния: ХОБЛ ($17,7 \%$), ДППЖ ($14,9 \%$), варикозную болезнь вен ног ($13,7 \%$), в 12% случаев у них встречались хронический пиелонефрит, ЖКБ и деформирующий остеоартроз. Несколько реже ($6,3\text{--}9,7 \%$) наблюдались анемия, хронический панкреатит, узловый зоб. Коморбидная патология является не просто сосуществующей с кардиоваскулярными заболеваниями, а неблагоприятным фактором, утяжеляющим течение и прогноз сосудистого пациента.

Известно, что пациенты с кардио- и цереброваскулярной патологией относятся к диспансерной группе и должны регулярно наблюдаться участковым терапевтом, кардиологом и неврологом в поликлинике или на дому. Однако регулярность такого наблюдения, по нашим данным, составляет только $50,6 \%$.

Кроме того, анализ амбулаторных карт показал недооценку факторов риска развития сосудистой патологии. Более чем в 80% этих карт о факторах риска (курение, злоупотребление алкоголем, ожирение) не упоминается вообще, а такие показатели, как гликемия, липидный профиль и параметры коагуляции, у 50% сосудистых больных не определялись ни разу. При этом необходимо понимать, что факторы риска дополнительно запускают ряд биохимических и патогенетических механизмов, в том числе активацию синтеза свободных радикалов, синтез «деструктивных» медиаторов, инициацию апоптоза клеток, что приводит к повреждению эндотелия сосудистой стенки. Учитывая универсальность этих механизмов, повреждаются органы и ткани во всем организме, что обуславливает развитие сосудистой коморбидности. На практике мы лишь констатируем наличие факторов риска и не применяем для их лечения медикаментозную терапию и прежде всего препаратов, корректирующих метаболизм клетки. А это – первоочередная задача для врачей поликлиник и дневных стационаров. И все силы и средства должны быть направлены на выявление

и коррекцию факторов риска ССЗ, особенно у молодых пациентов, так как это именно эта целевая категория больных, у которых ещё есть шанс остаться здоровым человеком.

Следующая проблема амбулаторного звена – отсутствие адекватного ведения сосудистых больных. Анализ амбулаторных карт показал, что у 92% пациентов имелась гипертоническая болезнь. Из них у 24% лечение не проводилось. У 72 пациентов ($41,4 \%$) фармакотерапия осуществлялась одним гипотензивным препаратом, у $96 (55,2 \%)$ – их комбинацией. Наиболее часто применялись ингибиторы АПФ, реже – β -блокаторы, антагонисты кальция и диуретики, в единичных случаях – сартаны. На этом фоне целевых уровней АД у 95% пациентов достигнуть не удалось, что свидетельствует о неадекватности подобранной фармакотерапии. У больных ИБС из 175 умерших пациентов дезагреганты получали 48 человек ($27,4 \%$), статины – $6 (3,4 \%)$ и антикоагулянты – $3 (1,7 \%)$, что не соответствует известным клиническим рекомендациям.

Особенно остро стоит проблема эмболий у пациентов с мерцательной аритмией. Как известно, пароксизм мерцательной аритмии зачастую осложняется ТЭЛА или кардиоэмболическим инсультом. Для профилактики этих осложнений показан длительный прием антикоагулянтов. Наиболее известен из пероральных антикоагулянтов препарат варфарин, приём которого ассоциирован с регулярным лабораторным контролем МНО, что у пожилых пациентов не может быть осуществлено в связи с их возрастом и малой мобильностью или длительной иммобилизацией, энцефалопатией или социальным статусом. Примерно у 2% пациентов развиваются массивные кровотечения, ассоциированные с приёмом варфарина. В связи со всеми трудностями в применении антагонистов витамина К и необходимости лабораторного контроля, 65% пациентов, имеющих показания к приему пероральных антикоагулянтов, не получают варфарин, а один из четырёх пациентов прекращает прием варфарина в течение года после начала терапии. Сегодня появились новые пероральные антикоагулянты. Наиболее известными среди них являются ингибиторы фактора Ха: апиксабан и рибароксабан; а также прямой ингибитор тромбина – дабигатранаэтексилат. К сожалению, по данным опроса врачей поликлиник, 76% из них не знают препаратов этой группы. Все это не дает возможность проводить адекватную профилактику осложнений пароксизмов мерцательной аритмии у пожилых сосудистых больных.

Ещё одной проблемой, с которой мы столкнулись на амбулаторном этапе, оказались так называемые маломобильные и длительно иммобилизованные пациенты. Таких пациентов в возрасте старше 75 лет – до 30% . Сегодня ни в литературе, ни у практикующих врачей нет единого понятия длительно иммо-



билизированного пациента. Так, 80 % опрошенных врачей поликлиник не дали ответа на вопрос, кто такой длительно иммобилизованный пациент. Кроме того, отсутствует единый реестр о данной группе больных, журналы ведения пациентов с длительной иммобилизацией, а также информация в паспортах терапевтических участков. По данным анализа 508 амбулаторных карт пациентов с длительной иммобилизацией, среди причин этой иммобилизации основными оказались цереброваскулярные заболевания (214 пациентов), несколько реже встречались травмы различной локализации (87 пациентов), полиартропатии и злокачественные новообразования (по 28 пациентов). Учитывая отсутствие настороженности участковых терапевтов в отношении данной группы пациентов, не удивительно и низкое качество их ведения. Так, треть пациентов наблюдаются участковым терапевтом на дому раз в 3–6 месяцев, 20 % пациентов были посещены терапевтом реже раза в год, а в некоторых случаях раз в 5–7 лет, только 8 % пациентов участковый терапевт посещал ежемесячно. Большая часть пациентов не получают должного лечения, тогда как практически всем из них показаны гипотензивные препараты, корректоры метаболизма, ингибиторы протонной помпы, гепатопротекторы, а также антитромботические препараты, антибиотики, препараты железа для профилактики и лечения таких осложнений длительной иммобилизации, как ТЭЛА, пневмония, восходящая уроинфекция, анемия.

Анемия – это следующая проблема, которой, на наш взгляд, уделяется мало внимания на амбулаторном этапе. Учитывая, что анемия является осложнением, а статистический и диспансерный учет ведется по основному заболеванию, о частоте анемий на догоспитальном этапе достоверно неизвестно. Для участкового терапевта это актуально, так как больные в первую очередь обращаются за помощью в поликлинику и госпитализируются именно в терапевтические, а не гематологические отделения стационара. Диагноз анемии представляет определенные трудности и в соматическом стационаре, что подтверждается достаточно высоким процентом расхождений диагнозов при аутопсии: 31,3 % в 2005 г. и 17,6 % в 2010 г. в Москве. В связи с этим возникает необходимость создания регистра больных с анемией. При анализе амбулаторных карт одной из поликлиник Москвы нами были выделены 260 пациентов, у которых по анализу крови была выявлена анемия. Из них преобладали женщины (64,2 %) в возрасте 57,2 лет, мужчин оказалось 35,8 % в возрасте 67,8 лет. В подавляющем большинстве (98,8 %) анемия была железодефицитной. На амбулаторном этапе преобладала анемия легкой степени (более 70 %), что особенно важно, так как существует воз-

можность для обследования и выявления причин этой анемии, а также её адекватной фармакотерапии. При этом в амбулаторной карте диагноз анемии был указан только в 48 случаях (18,5 %). Оказывается, что в 81,5 % случаев на анемию на амбулаторном этапе участковый врач-терапевт вообще не обращает внимания, а соответственно, не проводит обследования пациентов для выяснения истинной причины и не назначает лечения.

Среди причин анемии в 62 % таковая указана не была, и диагноз формулировался как анемия неясного генеза. У женщин преобладала хроническая постгеморрагическая анемия вследствие ЖКК и маточных кровотечений. У мужчин также лидирующие позиции занимала постгеморрагическая анемия в результате ЖКК и онкологических заболеваний, осложнившихся кровотечениями различной локализации.

При том что в большинстве случаев причина анемии была неясна, для ее выяснения были осуществлены консультация гинеколога только у четверти женщин, уролога с определением ПСА – у трети мужчин, УЗИ брюшной полости в 44,3 % случаев, ЭГДС – 27,6 %, а обследование кишечника вообще единично.

Таким образом, врачи первичного звена не нацелены на выявление анемии, что не может не расстраивать, так как анемия на амбулаторном этапе – это та ситуация, при которой можно своевременно помочь больному.

Вот такими мазками мы хотели определить круг проблем амбулаторно-поликлинического звена. Каждой из них будет посвящена статья в следующих номерах журнала «Земский врач».

Outpatient-polyclinic assistance: more questions than answers

A.L. Vertkin, N.O. Khovasova, E.D. Larushkina, E.A. Algian, V.A. Shevtsova, A.A. Sokol

Department of internal medicine, clinical pharmacology and emergency care, MSMDU, Moscow

The article is devoted to the problems of outpatient-and-polyclinic care, with which the doctor faces in its daily practice. First of all, this is the identification of risk factors, prevention and timely diagnosis of cardio- and cerebrovascular diseases as the main causes of mortality of the population of Russia. Shown a lack of continuity in the work of the outpatient and inpatient stages of medical care, lack of primary care physicians about the tactics of individual groups of patients (in particular, the long-term immobilization) and the lack of modern medical preparations at a pre-hospital stage. In this article, we wanted to draw the attention of medical practitioners to this topic.

Keywords: out-patient care, risk factors, cardiovascular disease, prolonged immobilization, and anemia.