

Кайли А.Е.

## Проблемы в области оказания помощи пациентам с болезнями периферических сосудов на амбулаторном этапе

НЦССХ им. А.Н. Бакулева (дир. - академик Л.А. Бокерия) РАМН, г. Москва

Kylie AE

### Problems in the care of patients with peripheral vascular disease in the outpatient

#### Резюме

Проведено исследование в 5 поликлиниках г. Москвы. Выявлены проблемы в оказании помощи больным с сосудистыми заболеваниями. Создание сети районных или окружных сосудистых центров позволило бы в первую очередь объединить всех необходимых специалистов, которые могли бы сконцентрировать свои усилия на лечении таких пациентов.

**Ключевые слова:** сердечно-сосудистый центр, поликлиника, амбулаторная помощь.

#### Summary

A study in 5 health centers in Moscow. The problems in providing care to patients with vascular disease. Creating a network of district and regional vascular center would primarily bring together all the necessary who could concentrate their efforts on the treatment of such patients.

**Key words:** cardiovascular center, clinic, ambulatory care.

#### Введение

Ежегодно увеличивается количество людей с заболеваниями периферических сосудов. Наиболее распространены из них - атеросклероз и варикозная болезнь нижних конечностей (ВБНК). Эти заболевания вносят огромный вклад в снижение трудоспособности населения и требуют больших затрат на их лечение.

Атеросклеротическое поражение нижних конечностей - важный предиктор сердечно-сосудистых и цереброваскулярных катастроф, поэтому ранняя диагностика атеросклероза, наряду с ее консервативным лечением, позволяющим предотвратить ампутацию с последующей инвалидизацией - это виды помощи, которые должны быть оказаны больному на этапе первичного оказания медицинской помощи [3, 7, 14].

Варикозная болезнь нижних конечностей относится к одному из самых распространенных заболеваний в Европе [5]. Эпидемиологические исследования показали, что ВБНК поражены 16-46% женщин и 12-40% мужчин [2, 4, 16].

Наиболее важным этапом в оказании помощи больным с заболеваниями периферических сосудов является амбулаторный виду нескольких причин. Амбулаторное ведение больных позволяет предотвратить ухудшения состояния с необходимостью дорогостоящей госпитализации, позволяет контролировать сопутствующую патологию, показатели которой в данной группе достаточно высоки. Кроме того, боль-

ным, перенесшим оперативное вмешательство необходимо динамическое наблюдение с проведением реабилитационных программ, что также является прерогативой учреждений амбулаторного типа.

Целью настоящего исследования было выявление проблем в области оказания помощи больным с болезнями периферических сосудов на амбулаторном этапе.

#### Материалы и методы

В исследование было включено 5 участковых поликлиник г.Москвы Юго-западного, Западного и Юго-восточного округов, обслуживающих в общем счете 283865 человек (в среднем 56773±20549 прикрепленных на поликлинику); штат поликлиник включал 152 врача (127 терапевтов и 25 хирургов). Проведена оценка качества оказания помощи больным с болезнями периферических сосудов на амбулаторном этапе. Оценены возможности материальной базы поликлиник, кадрового состава специалистов и их знаний в области сосудистой патологии. Среди врачей поликлиник, оказывающих помощь пациентам с сосудистыми заболеваниями - хирургов и терапевтов - было проведено тестирование по вопросам диагностики и лечения сосудистых заболеваний. В тестировании участвовали 152 врача, из них 127 (83,6%) - терапевты, 25 (16,4%) - хирурги. Тестирование, разработанное специально для проведения настоящего исследования в НЦССХ им. А.Н.Бакулева, включало вопросы

Таблица 1. Оснащенность поликлиник специалистами

Специальности врачей	Количество поликлиник, где имеются требуемые специалисты	% от общего количества исследуемых поликлиник
кардиолог	3	60
врач функциональной диагностики, владеющий методиками УЗАС и УЗДГ	3	60
врач функциональной диагностики, владеющий методикой эхокардиографии	3	60
физиотерапевт	5	100
невролог	5	100
эндокринолог	5	100
психолог	2	40
сосудистый хирург	0	0
диетолог	0	0
нарколог	0	0

Таблица 2. Оснащенность поликлиник оборудованием и кабинетами

Кабинеты или аппаратура	Количество поликлиник	% от всех исследуемых поликлиник
физиотерапевтический кабинет	5	100
процедурный кабинет	3	60
стационар одного дня	4	80
аппаратура для РВГ	1	20
УЗ аппаратура, позволяющая исследовать сосудистую систему	3	60
аппаратура для ЭКГ	5	100
аппаратура для эхокардиографии	3	60

Распределение терапевтов и хирургов по стажу работы

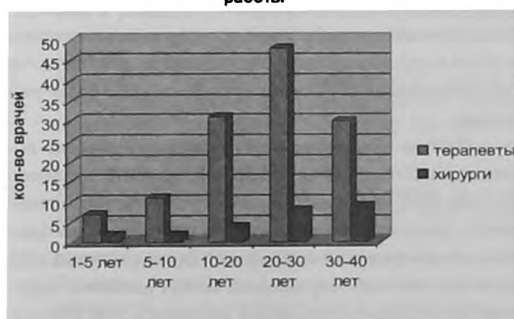


Рис. 1. Распределение поликлинических врачей по стажу работы

по кардиологии, ангиологии, сердечно-сосудистой хирургии. Для выявления возрастного состава врачей поликлиник участвовавших в тестировании предложено было указать стаж работы.

## Результаты и обсуждение

Атеросклероз является системным заболеванием, поэтому для адекватной диагностики и лечения этого заболевания требуется участие многих специалистов, причем необходимость участия в процессе оказания помощи больному каждого из них доказана в многочисленных исследованиях [12, 13, 17, 18]. Для составления полноценной программы диагностики и консервативного лечения больных с атеросклеротическим поражением нижних конечностей необходимо участие следующих специалистов: сосудистый хирург; кардиолог; врач функциональной диагностики, вла-

деющий методиками ультразвукового ангиосканирования (УЗАС) и ультразвуковой доплерографии (УЗДГ), ангиографист; физиотерапевт; невролог; эндокринолог; диетолог; нарколог (помощь пациенту при отказе от курения); психолог для оказания психологической помощи пациентам, например, после ампутации нижних конечностей. Варикозная болезнь нижних конечностей также требует разностороннего подхода, включающего участие большинства из вышеперечисленных специалистов. Исследование штата поликлиник выявило следующие результаты (табл. 1).

Как видно из таблиц № 1 и 2, ни одна из поликлиник не оснащена аппаратурой и специалистами в полной мере для обследования, лечения и реабилитации пациентов с заболеваниями периферических сосудов. Не было в исследованных поликлиниках и более дорогостоящей аппаратуры, позволяющей проводить ангиографические исследования, курс гипербарической оксигенации и т.д. Хотя, во многих странах пациенты поступают в стационары для хирургического лечения уже с результатами ангиографии, проводимой в условиях поликлиник.

Что касается ВБНК, для нее характерна и такая проблема, как диффузное распространение пораженных данной патологией больных среди специалистов разного профиля и отсутствие к ней интереса со стороны врачей общей практики, что снижает вероятность оптимального мультидисциплинарного подхода к таким пациентам.

Тестирование среди врачей поликлиник, оказывающих помощь пациентам с сосудистыми заболеваниями выявило следующие результаты. Опрошенные хирурги ответили правильно на 59,6% вопросов по сердечно-сосудистой хирургии, а терапевты - на 72,2% вопросов по кардиологии и на 46,8% вопросов по сердечно-сосудистой патологии.

При анализе стажа работы поликлинических врачей

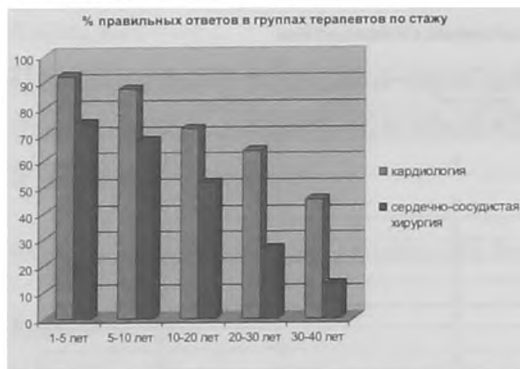


Рис. 2. Процент правильных ответов в тестировании по кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии в группах терапевтов по стажу



Рис. 3. Процент правильных ответов в тестировании по сердечно-сосудистой хирургии в группах хирургов по стажу

была получена следующая картина (рис. 1).

Из рисунка видно, что большую часть терапевтов составляют врачи со стажем работы 20-30 лет, а среди хирургов значительно преобладают врачи со стажем 20-40 лет. Количество молодых врачей, идущих на работу в поликлинику, с годами убывает. Распределение результатов тестирования по возрастным группам врачей выявило результаты, представленные на рисунках 2 и 3.

В группах врачей с максимальным стажем работы уровень правильных ответов был самым низким и составлял 13,2% по хирургии, 45,3% по кардиологии у терапевтов со стажем 30-40 лет, и 32,2% по хирургии у хирургов со стажем 30-40 лет. Таким образом, наблюдается довольно низкий уровень знаний врачей в вопросах диагностики и лечения сосудистых заболеваний, причем наблюдается снижение уровня знаний со стажем работы как среди хирургов, так и среди терапевтов.

Проведенное обследование выявило, что ограниченность площадей, плохое бюджетное обеспечение, отсутствие необходимых законодательных актов не позволяет содержать в штате поликлиник всех необходимых специалистов для лечения пациентов с заболеваниями периферических сосудов, проводить полноценное обследование и адекватную до- и послеоперационную терапию. Это приводит к тому, что для постановки диагнозов и стадии заболевания врачи вынуждены направлять пациентов в консультативно-диагностические центры, где из-за большой загруженности учреждения, необходимого исследования требуется ждать месяцами.

Другой, не менее важной проблемой является недостаток знаний о заболеваниях периферических сосудов. Причем, по результатам современных исследований, недостаёт знаний об этих заболеваниях не только у врачей, специалистов в области организации здравоохранения, но и у самих пациентов [1, 10, 15]. В США и Канаде проведены исследования, показавшие, что только 25% пациентов из группы риска осведомлены об атеросклерозе, в то время как об ишемической болезни сердца (ИБС) и цереброваскулярных заболеваниях (ЦВЗ) знают от 50 до 75% людей, имеющих риск по этим заболеваниям [9, 11]. В то время как каждый врач первичного звена осведом-

лен о риске за грудиной боли и симптомах церебральной ишемии, подобной настороженности никогда не отмечается в отношении атеросклероза, хотя это заболевание не менее серьезно, обладает высокой степенью инвалидизации, и сопровождается значительным повышением риска сердечно-сосудистых катастроф.

## Выводы

Исследование выявило снижение уровня осведомленности врачей в вопросах оказания помощи больным с заболеваниями периферических сосудов со стажем работы. Учитывая преобладание врачей с высоким стажем в штате городских поликлиник, картина низкого качества последипломного образования становится еще более очевидной.

Помимо необходимости повышения качества последипломного образования врачей, важно к оказанию помощи больным с сосудистой патологией привлечение особых специалистов – ангиологов, которые в атмосфере постоянного развития медицинской науки, растущих объемов медицинской информации, смогут адекватно пользоваться специализированными знаниями в этой области.

Оценка затрат государства на помощь больным с заболеваниями периферических сосудов представляется непростой задачей, поскольку эта группа заболеваний не имеет четкой и однозначной кодировки ни по одной из используемых в настоящее время нозологических систем, как, например, для ишемической болезни сердца (ИБС) и цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ). В проведенном в США исследовании [8] показано, что затраты на лечение пациентов с атеросклерозом сопоставимы с затратами на лечение сердечной недостаточности, инсультов и других общезвестных кардиоваскулярных синдромов. По подсчетам Н. Flu с соавторами (2008), затраты на одного пациента с атеросклерозом нижних конечностей в год на 5% превышает затраты на пациента с ИБС. Стоимость значительно возрастает за счет осложнений от лечения атеросклероза. При инвалидизации по причине ампутации расходы также значительно возрастают. В связи с этим наиболее подходящей представляется система отдельного финансирования помощи больным с

сосудистыми заболеваниями, что возможно при создании сети районных или окружных сосудистых центров. В такой ситуации возможно улучшение финансирования в связи с возможностью точного расчета необходимых средств, которая появится благодаря научной и статистической работе в этих центрах.

Создание сети районных или окружных сосудистых центров позволило бы в первую очередь объединить всех необходимых специалистов, которые могли бы сконцентрировать свои усилия на оказании помощи больным с сосудистыми заболеваниями. При наличии таких центров возможно улучшение качества знаний специалистов в этой области. В рамках центра возможно проведение лекций и семинаров для врачей городских поликлиник для повышения их знаний, повышения их настороженности для своевременного выявления больных группы риска, чтобы больные с сосудистой патологией получали специализированную помощь на самых ранних этапах заболевания.

Постоянное наблюдение за больными на протяжении всей их жизни позволит: затормозить процессы прогрессирования заболеваний, уменьшить количество пациентов требующих оперативного лечения, проводить ежегодные курсы инъекционной терапии без госпитализации, сократить сроки пребывания пациентов в стационарах, облегчить и оптимизировать процесс реабилитации, синхронизировать с лечением.

Все эти меры приведут к снижению затрат на госпитализацию (основная статья расходов в оказании помощи населению), выплат по листкам нетрудоспособности, разгрузят стационары и поликлиники, снизят количество инвалидов пенсионного и, что более важно, трудоспособного возраста. ■

*Кайли А.Е., канд. мед. наук, врач-хирург, докторант научно-организационного отдела. НЦССХ им. А.Н. Бакулева (дир. - академик Л.А. Бокерия) РАМН, Москва.*

## Литература:

- Allen L. Assessment and management of patients with varicose veins.// Nurs. Stand. - 2009. - 23(23). - P. 49-57.
- Carpentier P.H., Maricq H.R., Biro C. et al. Prevalence, risk factors, and clinical patterns of chronic venous disorders of lower limbs: a population-based study in France.// J. Vasc. Surg. - 2004. - 40(4). - P. 650-9.
- Criqui M.H., Langer R.D., Fronek A. et al. Mortality over a period of 10 years in patients with peripheral arterial disease.// N. Engl. J. Med. - 1992. - 326. - P. 381-386.
- Evans C.J., Fowkes F.G., Ruckley C.V., Lee A.J. Prevalence of varicose veins and chronic venous insufficiency in men and women in the general population: Edinburgh Vein Study.// J. Epidemiol. Community Health. - 1999. - 53(3). - P. 149-53.
- Fiebig A., Krusche P., Wolf A., Krawczak M. et al. Heritability of chronic venous disease.// Hum. Genet. - 2010. - 127(6). - P. 669-74.
- Flu H., van der Hage J.H., Knippenberg B. et al. Treatment for peripheral arterial obstructive disease: an appraisal of the economic outcome of complications.// J. Vasc. Surg. - 2008. - 48. - P. 368-76.
- Fowkes F.G., Murray G.D., Butcher I. et al. Ankle brachial index combined with Framingham Risk Score to predict cardiovascular events and mortality: a meta-analysis.// JAMA. - 2008. - 300. - P. 197-208.
- Hirsch A.T., Hartman L., Town R.J., Virnig B.A. National healthcare costs of peripheral arterial disease in the USA medicare population.// Vasc. Med. - 2008. - 13. - P. 209-15.
- Hirsch A.T., Murphy T.P., Lovell M.B. et al. Gaps in public knowledge of peripheral arterial disease; the first national PAD public awareness survey.// Circulation. - 2007. - 116. - P. 2086-94.
- Kelechi T.J., Green A., Dumas B., Brotherton S.S. Online coaching for a lower limb physical activity program for individuals at home with a history of venous ulcers.// Home Healthc Nurse. - 2010. - 28(10). - P. 596-605.
- Lovell M., Harris K., Forbes T. et al. On behalf of the peripheral arterial disease Coalition. Peripheral arterial disease: lack of awareness in Canada.// Canadian J. Cardiol. - 2009. - 25(1). - P. 39-45.
- Lumsden A.B., Rice T.W. Medical management of peripheral arterial disease: a therapeutic algorithm.// J. Endovasc. Ther. - 2006. - 13 Suppl. 2. - P. 19-29.
- Muir R.L. Peripheral arterial disease: Pathophysiology, risk factors, diagnosis, treatment, and prevention.// J. Vasc. Nurs. - 2009. - 27(2). - P. 26-30.
- Newman A.B., Shemanski L., Manolio T.A. et al. Ankle-arm index as a predictor of cardiovascular disease and mortality in the Cardiovascular Health Study. The Cardiovascular Health Study Group. //Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol. - 1999. - 19. - P. 538-45.
- Norgren L., Hiatt W.R., Dormandy J.A., Hirsch A.T. et al. The Next 10 years in the Management of Peripheral Artery Disease: Perspectives from The 'PAD 2009' Conference.// Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. - 2010. - 40. - P. 375-380.
- Rabe E., Pannier-Fischer F., Bromen K. et al. Bonner Venenstudie der Gesellschaft für Phlebologie.// Phlebologie. - 2003. - 32. - P. 1-14.
- Rice T.W., Lumsden A.B. Optimal medical management of peripheral arterial disease.// Vasc. Endovascular. Surg. - 2006. - 40(4). - P. 312-27.
- Watson K., Watson B.D., Pater K.S. Peripheral arterial disease: a review of disease awareness and management.// Am. J. Geriatr. Pharmacother. - 2006. - 4(4). - P. 365-79.