

**Современные проблемы медицинского обеспечения больных с
кардиологическими заболеваниями
(по результатам проекта «Получение статистической информации о
качестве и доступности медицинской помощи больным
кардиологического профиля»)**

Известно, что разнообразные факторы как биологические, так и особенности условий и образа жизни людей в различных сочетаниях и комбинациях определяют формирование патологических процессов, влияют на их распространенность в популяции, т.е. этиология формирования патологии лежит, в основном, за пределами системы здравоохранения.

В то же время при современном уровне развития медицины (за исключением случаев несовместимых с жизнью) исходы заболеваний во многом зависят от эффективности деятельности системы здравоохранения, в т.ч. уровня квалификации медицинских работников, качества деятельности медицинских учреждений, оказывающих помощь населению и доступности этой помощи.

По данным ряда авторов, в тех странах, где достигнуты реальные позитивные сдвиги в снижении смертности населения, не только менялось поведение населения, но и реально менялась деятельность системы здравоохранения, её активность в отношении внедрения в массовую практику эффективных новых технологий лечения болезней. Как отмечают эксперты ВОЗ необходимость улучшения качества медицинской помощи, оказываемой лицам с хроническими заболеваниями, не требует доказательств.

Сравнивая количественные характеристики российского здравоохранения (например, среднее пребывание больных в стационаре и др.) с данными других стран, часто не принимается во внимание, что различия связаны, в том числе, с применяемыми там другими технологиями ведения больных.

В наших условиях внедрение передовых технологий нередко ограничивается установленными подходами к оплате в системе ОМС, практически не опирающимися ни на патогенетическое развитие патологии (оплачивается лечение только основного заболевания, а не всего комплекса патологических отклонений у человека), ни на современные способы лечения больных и, соответственно, сдерживается внедрение инноваций.

Сегодня, очевидно, что вклад медицинской помощи в разрыв в продолжительности жизни населения не так ограничен, как это иногда указывается. По данным ряда

исследователей, достаточная общность в тенденциях смертности от предотвратимых и непредотвратимых заболеваний свидетельствуют о том, что часть причин смерти, считавшихся ранее непредотвратимыми, сокращается благодаря достигнутым успехам в профилактике и лечении (например, в лечении коронарной болезни).

С точки зрения организации здравоохранения правомерен вопрос - какой доле больных в нашей стране осуществляется эффективное, по современным представлениям, лечение, определяющее как качество жизни, так и продолжительность жизни в состоянии болезни. Немалая роль в решении проблем медицинского обеспечения населения принадлежит медицинским работникам, людям, профессионально осуществляющим реальные действия. При этом, очевидно, что адекватность и эффективность этих действий определяется широким спектром факторов, среди которых важнейшими являются уровень и регулярная актуализация профессиональной подготовки и условия для применения этих знаний врачами в массовой практике и, соответственно, по всем этим позициям необходима многоаспектная достоверная информация. Официальные отчетные документы такой информации не содержат.

На оценку этой ситуации и был направлен проект «Получение статистической информации о качестве и доступности медицинской помощи больным кардиологического профиля».

Основные результаты

1. Анализ доступности и качества медицинской помощи больным с кардиологической патологией на основе статистической информации

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

Характеристика медицинской помощи кардиологическим больным была изучена на основе анализа данных медицинской статистики за 2008 г. Министерств здравоохранения

5 субъектов Российской Федерации (Республика Татарстан, Саратовская, Челябинская, Вологодская, Омская области) и департамента здравоохранения одного муниципального района (Клинский район Московской обл.), представляющих разные федеральные округа страны. В ряде случаев использовались данные главных внештатных специалистов-кардиологов Министерств здравоохранения субъектов федерации.

Результаты исследования показали, что в исследуемых территориях отмечается достаточно близкая обеспеченность врачами-кардиологами, колеблющаяся от 4,1 до 5,61 на 100000 чел. всего населения, и от 5,1 до 6,8 на 100000 взрослого населения (Таблица 1.1).

Таблица 1.1 - Обеспеченность населения врачами-кардиологами (на 100000 населения)

Территория	Всего *)	Взрослое население	Количество врачей-кардиологов, работающих на селе (чел.)
Вологодская область	4,27	5,07	-
Республика Татарстан	4,09	5,05	1
Саратовская область	5,61	6,80	-
Челябинская область	4,56/5,0**)	6,21	1
Омская область	5,50	6,56	4
Клинский р-н Московской области	5,53	6,45	-

*) По ф.№30.

**) расчет без ЗАТО и ведомств

В то же время представленные сведения показывают, что непосредственно в сельской местности работают единичные специалисты-кардиологи или не работают вообще. Лишь Омская область представила данные, что 4 врача кардиолога приходится на 886800 сельских жителей, что составляет 0,005 – на 1000 жителей.

Врачи-кардиологи работают в основном (60-80%) в стационарах, в поликлиниках в основном – не более 30%. Только по Омской области были представлены данные о распределении врачей-кардиологов с учетом их занятости не только в поликлиниках и стационарах, но и в бригадах скорой медицинской помощи, где работает каждый четвертый врач-кардиолог (Таблица 1.2). Эту позицию необходимо отслеживать в статистике, так как объектом скорой медицинской помощи являются больные с острым коронарным синдромом и от оперативности и оснащения бригад буквально зависит жизнь этих больных.

Таблица 1.2 - Распределение врачей-кардиологов по месту работы (%)

Доля врачей-кардиологов, работающих:	Вологодская обл.	Р.Татарстан	Челябинская обл.	Омская обл.	Клинский р-н МО
-в поликлинике	21,1	29,0	42,7	15,3	14,3
-в стационаре	78,8	71,0	57,2	60,4	85,7
-в составе кардиологической бригады СМП	нет данных	нет данных	нет данных	24,3	нет данных
Являются совместителями:					
-в поликлинике	36,4	нет данных	нет данных	76,5	нет данных
-в стационаре	нет данных	нет данных	нет данных	52,2	нет данных

Выявлена серьезная проблема – фактически медицинская статистика не имеет в стандартном режиме сведений о том, какое количество врачей-кардиологов является совместителями, где и по каким специальностям они совмещают. По имеющейся информации амбулаторно-поликлинический прием в качестве кардиолога ведут специалисты, в большинстве случаев являющиеся совместителями и, соответственно, они не могут реально обеспечить оказание квалифицированной кардиологической помощи этому контингенту больных. Более того, и в стационарах до половины врачей-кардиологов совмещают эту деятельность с другими обязанностями.

Это может быть связано, в том числе с более низкой оплатой труда врачей-кардиологов как специалистов по сравнению с врачами участковыми терапевтами. По данным Вологодской области укомплектованность штатных должностей врачей-кардиологов составляет 65,2%, участковых терапевтов – до 80%.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях функционируют кабинеты доврачебного приема – в Саратовской области – 66, в Омской области – 59, в Челябинской области – 156, куда обращаются люди с целью контроля артериального давления, веса тела и т.д. Однако в большинстве случаев медицинские статистики не могли указать, какое количество больных было обслужено в этих кабинетах в течение 2008 г., т.е. требуется совершенствование учета этого вида деятельности.

Стационарные кардиологические отделения в основном сосредоточены в городских больницах, в областных больницах, в единичных случаях - в районных и межрайонных больницах, т.е. этот вид помощи в значительной степени удален от сельских жителей.

Кардиологические подразделения достаточно хорошо оснащены: практически все (в Вологодской области – 80%) имеют в своем распоряжении различные виды оборудования для круглосуточных обследований. В тоже время часть обследований, обязательных при оказании помощи кардиологическим больным в соответствии с

приказом Минздравсоцразвития России № 599, не обеспечивается ни в экстренном, ни в плановом порядке. Не во всех подразделениях имеется возможность определять круглосуточно в экстренном порядке тропонину, фибриноген в сыворотке крови (Омская область), активированное время свертывания (АВС), кислотно-щелочное равновесие и газовый состав крови, осуществлять искусственную вентиляцию легких. В плановом порядке в региональных кардиологических отделениях (Вологодская область) не может быть выполнена эхокардиография, осуществление суточного мониторирования ЭКГ и артериального давления, эргометрические исследования (Омская область). Целесообразно также мониторирование выполнения стандарта оснащения как самих кардиологических отделений, так и блоков интенсивной терапии – наличие таких предметов как функциональные кровати, противопролежневые матрасы (по числу коек), прикроватные кардиомониторы с определением широкого спектра параметров и другие виды оснащения.

Согласно данным медицинской статистики скорую помощь кардиологическим больным осуществляют специализированные кардиологические бригады, имеющие в своем составе, как врачей-кардиологов, так и фельдшеров, подготовленных по оказанию экстренной кардиологической помощи, в единичных случаях бригады только фельдшерские.

Основным показателем доступности и эффективности деятельности бригад скорой помощи являются сроки доставки больных острым инфарктом миокарда в специализированные кардиологические или другие стационары после начала болевого приступа. В первые три часа (Таблица 1.3) от начала болевого приступа больные доставляются редко, но и в течение 4-6 часов основной части больных еще не начата необходимая терапия.

Таблица 1.3 - Распределение больных по срокам доставки в стационар от начала болевого приступа (%)

Сроки доставки	Саратовская обл.	Челябинская обл.	Омская обл.	Клинский р-н МО
-в первые три часа	-	-	-	34,9
-4-6 часов	30,1	60,2	57,9	23,3
-в течение суток	59,5	83,4	62,9	97,2

Более того, полностью все больные не поступают в стационар и в течение суток (в Саратовской области лишь около половины больных, в Омской области – 62,9%).

По некоторым данным от 3% (Клинский р-н) до 19,7% (Саратовская обл.) больных острым инфарктом миокарда были оставлены дома.

Судя по статистическим данным, сельские больные доставляются скорой помощью в стационарные отделения больниц, так же как и городские в течение нескольких часов, больше половины в течение суток. Однако небольшая часть доставленных в стационар больных в течение первых 3-х часов свидетельствует о запаздывании специализированной кардиологической помощи при остром коронарном синдроме.

Из отдаленных районов кардиологические больные доставляются не только санитарным транспортом, но могут добираться и общественным транспортом и своим ходом. В 2-х из обследованных территорий указано, что возможна доставка санавиацией, в трех территориях исключается возможность использования больными общественного и собственного транспорта для транспортировки в стационар, что, прежде всего, заставляет думать о том, что медицинские статистики не владеют такой информацией, если она и фиксируется, то только в первичных медицинских документах (например, история болезни) без последующей разработки.

Экстренная доставка кардиолога в отдаленные районы составляет 53 на 252903 случая кардиологических заболеваний и 3432 случая инфаркта миокарда в сельской местности Омской области, соответственно 18 на 102743 и 729 в Республике Татарстан, т.е. в незначительном числе случаев.

Из всех опрошенных специалистов организаторов здравоохранения в различных регионах страны лишь в одном случае (Челябинская область) указывается количество частных медицинских учреждений, в которых оказывается кардиологическая помощь, но и в этом случае отсутствует информация о количестве пролеченных в них больных.

Таким образом, органы управления здравоохранением и власти субъектов федерации не владеют полными данными о том, как население обслуживается, где получает медицинскую помощь, тем более, что кроме частных на территориях функционируют медицинские учреждения другой, кроме Минздравсоцразвития России, ведомственной принадлежности.

По данным Министерства здравоохранения Челябинской области кардиологическая медицинская помощь осуществляется 93 частными медицинскими учреждениями, из них 24 – в областном центре, 69 – в других городах и районах области. Можно предположить, что в каждом из учреждений работает хотя бы один врач кардиолог, т.е. задействованы минимум 93 врача (всего в области 159 кардиологов, физических лиц). В основном в частных медицинских учреждениях врачи работают на условиях совместительства, по большей части сохраняя за собой основное место работы в учреждениях государственной и муниципальной системы здравоохранения.

Наблюдение кардиологических больных врачами разных специальностей можно проследить по материалам крупной Челябинской области и Клинского муниципального района (Таблица 1.4).

Таблица 1.4 - Доля больных с кардиологической патологией, наблюдавшихся у врачей разных специальностей (%)

Зарегистрированные больные наблюдались у:	Челябинская область		Клинский район МО	
	город	село	город	село
-терапевта	21,5	27,7	70,9	33,2
-врача общей практики	1,9	27,2	-	32,3
-врача-кардиолога	76,5	45,1	29,1	16,2
-фельдшера	-	-	-	18,3

Распределение кардиологических больных показывает, что среди сельских больных достоверно меньше тех, кто наблюдается у специалиста-кардиолога, в том числе и в связи с более низкой обеспеченностью врачами этих специальностей. Но каждый пятый кардиологический больной в Клинском районе не имел врачебного наблюдения и наблюдался у фельдшера, т.к. значительная часть сельского населения обслуживается только фельдшерами, а оказание регулярной врачебной помощи по многим причинам затруднено. Несмотря на то, что органы здравоохранения Челябинской области не указывают, что кардиологические больные наблюдаются фельдшером, можно предположить, что среди сельских жителей эта часть существенна, при том, что ФАПы не являются самостоятельными, а входят в состав участковых больниц.

В то же время именно среди сельских жителей, как в Челябинской области, так и в Клинском районе Московской области, значительная часть кардиологических больных (практически каждый третий) обслуживается врачом общей практики и это должно определять как специфику подготовки таких врачей, так и соответствующее оснащение их амбулаторий.

Широкая известность болезней системы кровообращения как ведущей причины смерти предполагает особую настороженность и активную деятельность медицинской сети страны в отношении этого контингента больных.

Заболевания сердца и сосудов представляют собой обширную и разнообразную группу, в которую входят активный ревматизм с поражением сердца, хронические ревматические заболевания сердца, гипертоническая болезнь, атеросклероз сосудов сердца и мозга, ишемические болезни сердца (ИБС) – стенокардия и инфаркт миокарда (ИМ), дистрофия миокарда, болезни артерий и вен, врожденные пороки органов кровообращения и др., некоторые из них имеют особенно важное социальное значение.

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России № 599 от 19.08.09, порядок наблюдения больных с сердечно-сосудистой патологией в зависимости от их состояния приведен в таблице 1.5.

Таблица 1.5 - Порядок наблюдения больных с сердечно-сосудистой патологией в зависимости от их состояния

Участковые врачи-терапевты, врачи общей практики (семейные врачи) осуществляют наблюдение и лечение пациентов:	Основными функциями кабинета кардиолога являются наблюдения:
1) перенесших инфаркт миокарда более 12 месяцев назад, независимо от возраста;	1) в первые 12 месяцев после перенесенного инфаркта миокарда;
2) страдающих артериальной гипертензией, в том числе 3 степени, получающих эффективную терапию с достижением целевого уровня артериального давления;	2) артериальной гипертензией 3 степени рефрактерной к терапии;
3) перенесших хирургическое и рентгенэндоваскулярное лечение сердечно-сосудистых заболеваний более 12 месяцев назад;	3) в первые 12 месяцев после хирургического и интервенционного лечения сердечно-сосудистых заболеваний;
4) имеющих хроническую сердечную недостаточность I-III функционального класса, а также иных групп пациентов в соответствии с законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления.	4) имеющих хроническую сердечную недостаточность IV функционального класса;
5) страдающих стенокардией напряжения I-II функционального класса и находящихся в трудоспособном возрасте; страдающих стенокардией напряжения I-IV функционального класса и находящихся в пенсионном возрасте;	5) имеющих III-IV функциональный класс стенокардии и находящихся в трудоспособном возрасте;
	6) после стационарного лечения по поводу жизнеугрожающих форм нарушений сердечного ритма и проводимости, в том числе с имплантированным искусственным водителем ритма и кардиовертером-дефибриллятором (пожизненно);

Данные, приведенные в таблице, показывают, что такое распределение обязанностей не обеспечивает эффективного наблюдения. Так, по-видимому, было бы более целесообразно наблюдение за лицами трудоспособного возраста, перенесшими инфаркт миокарда, оставить за кардиологами. Целесообразно также передать под наблюдение кардиологов лиц с ранними стадиями стенокардии, артериальной гипертензии и даже сердечной недостаточности. Профессиональное наблюдение врача, прошедшего специализацию по специальности кардиология, повысит эффективность лечения этих состояний и, соответственно, повысит качество вторичной профилактики, снизит частоту обострений, осложнений.

В среднем менее чем каждый третий больной (включены все возрастные группы взрослого населения, т.к. медицинские статистические формы отчетов не позволяют

выделить конкретные возрастные группы) с патологией системы кровообращения в России состоял в 2007 г. под диспансерным наблюдением (30,7%), в 2009 г. – 34,3%.

Охват диспансерным наблюдением по исследуемым областям различен – лишь в Омской области, как в городе, так и на селе наблюдается более 70% кардиологических больных. В других регионах значительно меньше, в Республике Татарстан и Вологодской области охват диспансерным наблюдением приближается к 40%. Очевидно одно, что как общий охват диспансерным наблюдением, так и охват наблюдением кардиолога за некоторым исключением минимален в сельской местности или такие данные не известны (Таблица 1.6).

Таблица 1.6 - Доля больных с кардиологической патологией, находящихся на диспансерном учете (%)

Территория	Город		Село	
	Всего	в т.ч. у кардиолога	Всего	в т.ч. у кардиолога
Вологодская область	36,9	нет данных	43,1	нет данных
Республика Татарстан	36,2	нет данных	40,5	нет данных
Челябинская область	53,7	10,8	7,3	4,1
Омская область	76,9	нет данных	72,3	нет данных
Клинский район МО	57,1	11,4	29,5	нет данных

Острый инфаркт миокарда наиболее тяжелая патология, в отношении коррекции которой изданы специальные регламентирующие документы, в т.ч. предписывающие обеспечение этой категории больных необходимыми лекарственными средствами бесплатно. Лечение больных инфарктом миокарда проводится как в стационарных условиях, так и после выписки, в амбулаторно-поликлинических условиях в ходе активной диспансеризации этого контингента.

Однако не получено положительного ответа на вопрос о том, получают ли все больные инфарктом миокарда необходимое лечение. Ряд территорий указывают, что даже в стационаре больные острым инфарктом миокарда получают лекарственные препараты, только входящие в утвержденный список. После выписки из стационара ни одна территория не указала, что больные острым инфарктом миокарда получают бесплатно все необходимое лечение. Приобретение же дорогостоящих препаратов для большинства населения, тем более для лиц старше трудоспособного возраста, в основном не представляется возможным. Так, по данным Пенсионного фонда, средний размер назначенных месячных пенсий в 2008 г. составлял 4198,6 руб. при величине прожиточного минимума для пенсионеров 3644 руб¹. Стоимость набора необходимых

препаратов для лечения больных острым инфарктом миокарда в ряде случаев приближается к этой сумме.

Таким образом, даже больные острым инфарктом миокарда, лечение которых должно осуществляться бесплатно в течение полугода, остаются в ряде случаев без необходимого лечения, что не только не способствует выздоровлению и предотвращению осложнений, но и приводит к преждевременной смерти.

Ведение больных острым инфарктом миокарда на современном этапе предполагает как проведение тромболитической терапии, так во многих случаях может быть эффективно эндоваскулярное вмешательство.

Как показывают результаты опроса организаторов здравоохранения и статистиков областных и муниципальных уровней здравоохранения, тромболитическая терапия не стала массовым явлением, она применяется в 6-17% случаев, в основном у городского населения. Среди сельского населения этот вид терапии используется в единичных случаях (Челябинская область, Омская область).

Также чрезвычайно редким было проведение эндоваскулярных вмешательств, фактически в исследуемых территориях зарегистрированы единичные случаи.

Что касается применения препаратов статинового ряда, то в последние годы их применение существенно расширено. В Омской области, например, практически все больные охвачены этим методом лечения, этому, по-видимому, способствовало принятие соответствующих решений на уровне субъекта федерации (таблица 1.7).

Таблица 1.7 - Доля больных с острым инфарктом миокарда, получающих различные виды лечения (%)

	Саратовская область (все население)	Челябинская область		Омская область		Клинский район МО (все население)
		город	село	город	село	
Тромболитическая терапия	17,1	7,4	1,2	9,6	2,1	5,5
Препараты статинового ряда	45,0	76,0	38,0	100,0	100,0	84,5
Эндоваскулярные вмешательства	-	0,3	-	-	1,1	-

В то же время, по материалам Челябинской области, очевидно, что сельское население получает эти препараты гораздо реже, чем городское.

Одним из важнейших разделов современного медицинского обеспечения кардиологических больных является развитие высокотехнологических видов медицинской помощи. Выполненные в 2008 г. объемы высокотехнологичных операций по отношению ко всем больным с кардиологической патологией представлены в Таблице 1.8.

¹ Российский статистический ежегодник. 2009. –М. – 2009. –С.175.

Таблица 1.8 – Доля больных с кардиологической патологией, которым были осуществлены высокотехнологичные операции на сердце

Территория	Всего кардиологических больных	Количество высокотехнологичных операций	%
Республика Татарстан	507372	3498	0,69
Саратовская область	449109	1324	0,29
Челябинская область	528271	1978	0,37
Омская область	509608	1468	0,29

Эти данные свидетельствуют об очень небольшой доле больных, подвергшихся оперативному лечению с применением высокотехнологичных методов. Хотя, конечно, далеко не все больные имеют клинические показания к осуществлению данного вида лечения. При этом организаторы здравоохранения и медицинские статистики не могли строго указать какая часть операций была проведена на основании квоты Минздрасоцразвития России, а какие на платной основе, тем не менее количество проведенных операций в каждом субъекте Федерации должно регулярно отслеживаться и предположительно должно с каждым годом увеличиваться.

В целом доля умерших среди больных кардиологическими заболеваниями составляла в 2008 г. 3-5% (в Челябинской обл. – 5,5%, в Клинском р-не МО - 15%), а среди больных инфарктом миокарда достигала 32% (Таблица 1.9).

Таблица 1.9 - Доля умерших среди всех больных с зарегистрированными кардиологическими заболеваниями и среди больных острым инфарктом миокарда (%)

Территория	Кардиологические больные	Больные инфарктом миокарда
Республика Татарстан	4,5	27,7
Саратовская область	4,7	14,9
Челябинская область	5,5	32,0
Омская область	3,2	27,8
Клинский р-н МО	14,6	27,9

Конечно, здесь необходимо помнить, что кардиологическое заболевание могло возникнуть как в данном году, так и в прошлые годы, а оценка количества умерших проводится только за один последний год. Что касается больных инфарктом миокарда показатели в большей мере характеризуют в основном одногодичную летальность, т.е. в большинстве случаев смерть наступает в первые месяцы от возникновения инфаркта. В то же время эти цифры также имеют определенную погрешность.

Смертность от болезней системы кровообращения (кардиологическая патология) во всех сравниваемых территориях выше в сельской местности – из всех

зарегистрированных кардиологических больных умирает менее 10% как в городах, так и в сельской местности (в Клинском районе - 12,0%).

Если сравнивать показатели смертности в связи с острым инфарктом миокарда по месту проживания больных, то колебания очень велики, как среди городского населения (умирает до 36% больных с возникшим острым инфарктом миокарда), так и среди сельского населения (Таблица 1.10).

Это может быть связано с различными причинами, в том числе и с особенностями, как самой диагностики, так и кодирования посмертных диагнозов.

Таблица 1.10 – Доля умерших среди всех больных с зарегистрированными кардиологическими заболеваниями и среди больных острым инфарктом миокарда в зависимости от типа поселений (%)

Территория	Кардиологические больные		Больные инфарктом миокарда	
	Город	Село	Город	Село
Республика Татарстан*)	4,0	6,5	24,8	52,2
Челябинская область	5,0	8,0	35,7	25,6
Клинский р-н МО	12,0	-	нет данных	нет данных

*) По стационару

Данные обширной официальной статистики не позволяют оценить какая часть населения обращается ежегодно за медицинской помощью. Можно лишь констатировать, что в 2007 г. из всех больных с зарегистрированной стенокардией - 34,3% были госпитализированы, в 2008 г. – 33,2% т.е. в среднем отмечается недостаточное использование госпитализации для лечения этой группы больных. Об этом же свидетельствуют и другие данные. Так, в подавляющем большинстве случаев (до 90% и более) проживающие в исследуемых территориях больные кардиологическими заболеваниями умирали на дому, т.е. не были госпитализированы в наиболее тяжелых случаях (Таблица 1.11).

Таблица 1.11 - Доля лиц, умерших от кардиологических заболеваний на дому (%)

Территория	Кардиологические больные		Больные инфарктом миокарда	
	Город	Село	Город	Село
Республика Татарстан*)	78,2	50,0	48,7	35,8
Челябинская область	84,3	94,5	51,2	24,3
Клинский р-н МО	77,3	77,5	7,5	-

*) От заболеваний системы кровообращения.

Это может быть связано и с возрастом больных, когда пожилые не госпитализируются в связи с нежеланием больных. При возникновении инфаркта миокарда доля умерших на дому ниже, но до 50% больных умирает на дому или в связи с

тем, что нет возможности вызвать скорую помощь, или она запаздывает, не начиная своевременно необходимые мероприятия, оставляя больного дома.

По данным Всемирного исследования здоровья из всех больных, которым врачом был установлен диагноз ишемической болезни сердца (стенокардия) – в течение последних пяти лет были госпитализированы и получили стационарное лечение 44,4% в крупных городах-мегаполисах (Москва, Санкт-Петербург), 45,2% - в других городах, 37,5% - в сельской местности, а в течение последнего года, соответственно, госпитализировались 24,7%, 22,9% и 16,1% больных с данной патологией, проживающие в разных типах поселений. Больные могли быть госпитализированы как в медицинские учреждения системы Минздравсоцразвития России, так и в стационары других ведомств, данные по которым не входят в отраслевую статистику.

Как показали исследования, наши больные со стенокардией госпитализируются значительно реже, чем в странах Европы (Таблица 1.12).

Таблица 1.12 - Доля лиц, получивших стационарное лечение среди больных, страдающих стенокардией (по материалам Всемирного исследования здоровья) (%)

Страна	Доля лиц, страдающих стенокардией, получивших стационарное лечение:	
	в течение последнего года	в течение последних 5-ти лет
Россия	21,9	43,6
Китай	24,7	34,4
Индия	15,2	33,0
Франция	38,7	65,4
Германия	28,2	61,5
Израиль	30,1	68,3
Великобритания	31,1	65,6

Сравнение долей лиц, страдающих ишемической болезнью сердца (стенокардией) и получивших стационарное лечение по данным Всемирного исследования здоровья, показало, что в России уровень госпитализации, как в течение последнего года, так и в течение последних 5-ти лет, существенно выше, чем в Индии, примерно на том же уровне, что и в Китае (выше при сравнении данных о госпитализации за 5 лет), но существенно отстает от соответствующих показателей, характеризующих уровень госпитализации этих больных, в странах Западной Европы.

Для преодоления высоких уровней смертности населения страны, сохранения жизни и ее продолжительности в наших условиях расселения населения, экономических возможностей основной массы людей и других проблем, по-видимому, при перспективных разработках целесообразно ориентироваться не на сокращение сроков пребывания больных в стационаре, а напротив, на реализацию всего возможного комплекса

медицинских мер во время пребывания пациента в больнице, в том числе необходимо принципиально добиваться полного обследования и лечения всех выявленных видов патологии, сочетанных состояний, которые имеют место у больных в реальной жизни. Это потребует пересмотра ряда действующих положений, в т.ч. пересмотра оплаты стационарного лечения по ОМС.

Одной из статистических проблем является и проблема кодирования посмертных диагнозов (причин смерти). В последние годы отменена фельдшерская справка о смерти, в ряде территорий изданы приказы, запрещающие фельдшерам выписывать соответствующие документы, однако в реальной жизни медицинское свидетельство о смерти выписывает как врач, так и фельдшер (Челябинская, Вологодская, Омская области) и это может сказаться на качестве учета. Во всяком случае, для разработки программ по снижению смертности необходимо проводить анализ только причин смерти, установленных врачом.

2. Анализ доступности и качества медицинской помощи больным с кардиологической патологией по результатам опроса врачей-кардиологов

Оценка реальной ситуации в отношении медицинского обеспечения кардиологических больных проведена в данном исследовании на основании опроса в октябре-ноябре 2009 г. врачей-кардиологов, непосредственно работающих с больными, в том числе на скорой помощи.

В опросе приняли участие 202 врача-кардиолога и 12 терапевтов из Челябинской, Омской, Ростовской областей, Республики Татарстан и Республики Саха (Якутия) и др. территорий, 21,2% из них проживают в областных центрах, 70,8% - в городах субъектов Российской Федерации, 8,0% - на селе (всего 37,1% мужчин, 62,9% женщин). В основном это лица трудоспособного возраста: 51,0% в возрасте до 40 лет, 45,2% - от 40 до 60 лет и 3,8% старше 60 лет.

Стаж работы в кардиологии до 5 лет имеют 32,4% врачей, от 5 до 15 лет – 31,9%, свыше 15 лет – 35,7%, 16% опрошенных имеют ученую степень кандидата медицинских наук.

По месту работы – основная часть респондентов работают в кардиологических отделениях больниц, 30,9% в поликлиниках, в т.ч. в кардиодиспансерах, 17,8% - на скорой помощи, 11,9% указали, что работают в других, в т.ч. частных, медицинских учреждениях.

Анализ ответов врачей-кардиологов на вопросы о доступности и качестве медицинской помощи, прежде всего, выявляет отсутствие возможности полноценного

обследования больного в медицинском учреждении по месту работы врача-респондента – на наличие такой возможности указывают 51,3% врачей областных центров, 45,9% врачей, проживающих в городах и только 12,5% - на селе.

При этом часть опрошенных указывают на то, что приходится ставить диагноз без необходимых данных (в среднем 12,1%, а на селе 31,3%), что, конечно, сказывается на качестве лечения. В качестве причины врачи отметили, что проводимые пациентам обследования в основном платные, а это дорого для основной массы больных, в то же время среди сельских врачей более 70% указали на невозможность полноценного обследования больного, по-видимому, в т.ч. это связано с проблемами транспортной доступности.

Важной частью в ведении этого контингента больных является, прежде всего, широкий, активный охват их регулярным диспансерным наблюдением.

При работе с больными регулярное диспансерное наблюдение больных с кардиологической патологией осуществляет около 40% врачей-кардиологов в поликлинике, причем не только в связи с недостатком времени (10,8%), но и в связи с тем, что в соответствии с современными рекомендациями значительная часть кардиологических больных должна наблюдаться участковыми терапевтами.

В процессе врачебного наблюдения за кардиологическими больными должно осуществляться как клиническое наблюдение за динамикой патологического процесса, так и контроль основных параметров организма (массы тела, ЭКГ, спектра липопротеидов, тромбоцитов и др.) обязательный контроль функционального состояния, в т.ч. с проведением нагрузочных проб.

Как показали результаты опроса врачей-кардиологов, регулярный контроль массы тела осуществляет в поликлинических условиях только немногим более чем половина врачей (45,5% - в поликлинике, 55,6% - в кардиологическом диспансере). Каждый пятый врач такой контроль не производит вообще (в поликлиниках – 9,1%). Наилучшую ситуацию демонстрируют врачи-кардиологи, работающие в частных медицинских учреждениях.

Динамика ЭКГ контролируется кардиологами более регулярно – так считают в среднем 82,7% врачей (Таблица 2.1), частота примерно одинаковая в разных медицинских учреждениях. При этом лишь 60,0% врачей скорой медицинской помощи указали, что они всегда осуществляют контроль ЭКГ. Контроль липопротеидов регулярно осуществляют 58,6% врачей, каждый третий врач в поликлинике (в среднем 28,0%), регулярный контроль не обеспечивает по разным причинам или не осуществляется совсем.

Таблица 2.1 - Оценка регулярности врачебного контроля динамики основных параметров организма в процессе наблюдения за больными с кардиологическими заболеваниями (все врачи-кардиологи) (%)

Параметры	Регулярный	Иногда	Не проводят
Масса тела	43,5	34,8	21,7
ЭКГ	82,7	12,0	5,3
Липопротеиды	58,6	27,3	14,1
Тромбоциты	36,4	41,3	22,3
Функциональное состояние	45,6	30,4	24,0
Функциональные пробы с нагрузкой	25,2	35,8	39,0

Половина врачей не проводят регулярный контроль функционального состояния в процессе лечения, 24,0% этот параметр просто не контролируют, в т.ч. в связи с необходимостью направлять больных в другие учреждения, на платные обследования.

Наибольшие проблемы выявляются в осуществлении пробы с нагрузкой, что рекомендуется кардиологам при ведении больных. Эти пробы регулярно осуществляют лишь 26,0% врачей, в большей мере в условиях кардиологического диспансера (55,6%), кардиологического отделения (34,8%) и частных кардиологических медицинских учреждений (30,8%). Наиболее массовому контингенту кардиологических больных, наблюдающихся в поликлинике, эти пробы осуществляются регулярно врачами-кардиологами в 21,1% случаев. В ряде случаев (контроль массы тела, ЭКГ) более низкий охват больных наблюдается у врачей с большим стажем.

Тромбоцитный состав крови чаще контролируется в кардиологических диспансерах (75% врачей), значительно реже в поликлиниках (42,1%) и даже в кардиологических стационарах (29,5%).

Наибольшие проблемы в обеспечении врачебного наблюдения за больными с кардиологическими заболеваниями на амбулаторном этапе выявляются у врачей-кардиологов, работающих в поликлиниках (Таблица 2.2), где по ряду параметров менее половины больных охвачены многосторонним регулярным врачебным контролем.

Таблица 2.2 - Доля врачей-кардиологов, осуществляющих регулярный контроль за состоянием больных в разных учреждениях здравоохранения (%)

Параметры	Кардиологический диспансер	Поликлиника
Масса тела	55,6	45,5
ЭКГ	90,0	92,7
Липопротеиды	100,0	70,0
Тромбоциты	75,0	42,1
Функциональное состояние	88,9	51,3
Функциональные пробы с нагрузкой	55,6	21,1

Таким образом, наблюдение за динамикой патологических процессов осуществляется во многих случаях только клинически. Но и оно может быть затруднено в

связи с тем, что врачи перегружены работой с документацией, необходимостью регулярной выписки льготных рецептов на краткий (до месяца) временной период, что приводит к наплыву большого числа больных на приеме по формальным причинам.

До 70% врачей указали, что они могут госпитализировать больного при необходимости в кардиологическое отделение больницы (на селе - только 21,3%). Более 10% указывают, что не госпитализируют больного из-за большой очереди, и госпитализация вместо профильного отделения стационара проводится в терапевтическое отделение, где, конечно, должно осуществляться лечение кардиологической патологии, но оно будет менее эффективным.

В практике отечественного здравоохранения бывают случаи, когда больным могут отказать в госпитализации из-за преклонного возраста пациента. По результатам данного опроса на проблемы госпитализации в связи с возрастом больных указывают менее 10% врачей.

В отношении лечения больных с кардиологической патологией в стационаре врачи указывают, что нередко получение необходимой консультации с другими специалистами является проблемой. На селе только 20% врачей могут получить необходимую консультацию своих больных.

Интересно, что на проблемы оплаты необходимых консультаций со стороны ОМС указывают менее 3%. Но на проблему с оплатой медицинской помощи по всему комплексу заболеваний у пациента (ОМС оплачивает диагностику и лечение только основного заболевания) указали 76,2% врачей. Лишь менее 25% указали, что могут курировать весь комплекс имеющихся у больного болезней.

Длительность лечения в стационаре так же в значительной мере определяется действующими формальными ограничениями – лишь около 30% врачей считает, что формальных ограничений нет (среди кардиологов – 34,1%), а 25,6% (на селе 46,2%; среди кардиологов, работающих в кардиологическом диспансере – 41,7%; в кардиологическом отделении стационара – 21,1%) всегда ориентируется на контрольные цифры длительности стационарного лечения патологии, что, в конечном счете, не способствует полному выздоровлению, особенно у пациентов старшего возраста. 22,8% врачей-кардиологов стационаров указывает, что особенно пожилые больные настаивают на продлении сроков лечения.

Необходимо отметить, что только до 20% врачей-кардиологов ответили, что в учреждениях, где они работают, в т.ч. и в стационарах, куда госпитализируются больные с болезнями сердца, обеспечено круглосуточное дежурство кардиологическими врачебными бригадами (32,3% в областном центре). 63,8% врачей, работающих в

кардиологических отделениях больниц, и 27,8% - в терапевтических указывают, что при поступлении кардиологических больных регулярно определяются маркеры инфаркта миокарда.

Квалификация врачебных кадров определяется не только их теоретическими знаниями, но и конкретной практической работой с больными – только около 60% врачей кардиологов указали, что они самостоятельно могут установить необходимость тромболитической терапии (лидируют кардиологи стационаров и скорой помощи – до 80% и более), менее трети – необходимость проведения реваскуляризации сосудов (около 30% - в кардиодиспансере, 32,4% врачей кардиологических отделений и 22,4%, работающих в поликлинике), только 22,5% врачей, работающих в разных учреждениях, могут самостоятельно установить необходимость проведения аорто-коронарного шунтирования (Таблица 2.3). Коронарографией и другими методами эндоваскулярных вмешательств владеют единицы опрошенных врачей.

Таблица 2.3. - Оценка возможности самостоятельно установить необходимость проведения некоторых медицинских вмешательств (%)

Необходимость проведения:	Врачи кардиологического стационара	Врачи поликлиники
Тромболитической терапии:		
-да, могу	81,8	38,8
-могу предположить	18,2	46,9
-не могу	-	14,3
Реваскуляризации сосудов:		
-да, могу	32,4	22,4
-могу предположить	61,8	49,0
-не могу	5,9	28,6
АКШ:		
-да, могу	28,4	20,4
-могу предположить	55,2	44,9
-не могу	16,4	34,7

В стационаре, по мнению 75% врачей-кардиологов, больные острым инфарктом миокарда получают все необходимое лечение бесплатно, около 30% врачей в поликлинике указывают, что получают необходимое лечение, только те, кто может оплатить приобретение необходимых препаратов (Таблица 2.4). Значительная часть врачей, работающих как в поликлиниках, так и в стационарах, считают, что никто из больных не получает необходимого лечения. Кроме того, врачи отмечают, что существенная часть больных не выполняют врачебные назначения в полном объеме.

Таблица 2.4 – Оценка врачами-кардиологами объемов необходимого лечения, получаемого больными острым инфарктом миокарда в различных медицинских учреждениях (%)

Получают лечение	Стационар	Поликлиника
-все больные в полном объеме бесплатно	75,0	45,9*)
-часть больных, которые могут оплатить эффективные препараты	17,6	29,7
-никто не получает в полном объеме	7,4	16,2

*) В течение полугода и года.

До 60% и более врачей указали, что больные, подвергшиеся стентированию коронарных артерий, сами оплачивают необходимые препараты, предотвращающие тромбирование стентов.

Было изучено мнение врачей об особенностях исходов инфарктов миокарда в семьях с различным материальным достатком.

Как показали ответы врачей, по их мнению, распределения по материальному достатку семей лиц, заболевших острым инфарктом миокарда и умерших от него, существенно отличаются. Среди лиц с высоким материальным достатком соотношение заболевших и умерших составляет 1,7, а среди лиц с низким материальным достатком – всего 0,5, т.е. по мнению врачей среди более обеспеченных людей выживает гораздо больше заболевших, чем среди малообеспеченных (Таблица 2.5).

Таблица 2.5 – Мнение врачей о распределении по материальному достатку заболевших острым инфарктом миокарда и умерших от него (%)

Материальный достаток семьи	Доля лиц среди:		Соотношение показателей (p_1/p_2)
	заболевших острым инфарктом миокарда (p_1+m)	умерших от острого инфаркта миокарда (p_2+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

Определяя лечение, около 30% врачей выписывают только те препараты, которые находятся в списке рекомендуемых, не назначая все необходимое лечение по формальным причинам.

При этом врачи кардиологи областных учреждений более свободны в выборе назначаемых лекарственных средств не зависимо от их стоимости (Таблица 2.6).

Таблица 2.6 - Мнение врачей о возможности назначения необходимых лекарственных средств (%)

Врачи:	Населенные пункты		
	Областные центры	Города	Село
Могут назначить все необходимые, по их мнению, лекарственные препараты	71,1	61,9	46,7
Выписывают препараты только в пределах рекомендуемого списка	15,8	28,6	46,8

Таким образом, требует регулярного мониторингования и экспертизы спектр лекарственных препаратов, применяемых для лечения больных с кардиологическими заболеваниями в массовой медицинской практике.

Оценивая доступность кардиологической помощи, до 20% врачей указали, что больные не могут попасть на прием к кардиологу из-за большого количества посетителей, перегруженности этих специалистов. 15% врачей отметили, что пациенты могут быть приняты без записи, около половины опрошенных (в поликлинике - 48,1%) - только по направлению участкового терапевта. При высоких уровнях смертности населения от кардиологических заболеваний необходимо оценить насколько эффективна такая организация работы, т.к. не имея возможности свободно посетить специалиста, больные откладывают обращения, утяжеляя течение патологического процесса.

Кардиологические больные – тяжелый контингент, значительная часть из них становятся инвалидами. Но формальное оформление инвалидности, как указывают 44,2% врачей-кардиологов, сопряжено с определенными проблемами, в т.ч. с чисто бюрократическими.

Вопросы организации экстренной помощи населению при кардиологической патологии требуют оценки ряда аспектов – сроков (и, соответственно, своевременности), доставки больных, оценки оснащения бригад необходимым оборудованием и медикаментами.

Как показывают ответы кардиологов, сроки доставки больных в наших условиях (особенно на селе) достаточно велики - около трети больных доставляются в стационар позже 8 часов от начала болевого приступа, до 40% (на селе 21,4%) – в течение 1 часа, таким образом экстренная помощь больным с кардиологической патологией в значительной степени запаздывает. При этом лишь 31,0% врачей (на селе 20,0%) указали, что больным с острым коронарным синдромом бригада скорой помощи всегда осуществляет тромболитическую терапию. При этом 22,0% врачей-кардиологов (15,6% врачей в областных центрах, 25,2% в городах, 46,7% на селе, 35,1% - среди кардиологов, работающих в поликлиниках, 19,4% в кардиологических и 42,9% в терапевтических стационарах) не обучены проведению этих методов. Эта большая проблема, т.к. врач в экстренных случаях должен не только владеть своевременными методами тромболитической терапии, но и иметь возможность применить эти знания. До 40%

врачей скорой помощи отмечают, что бригады нерегулярно обеспечиваются необходимыми препаратами. В областных центрах на это указывают 34,4% врачей, в городах 38,6%, на селе 33,3%, но там и больше доля врачей, не владеющих этим методом. Требуется оценки и набор используемых для проведения тромболитической терапии препаратов.

Эффективная профилактическая работа врача основывается на его знаниях об этиопатогенезе развития заболевания, современных способах лечения и современных действенных мерах профилактики.

На сегодняшний день большое внимание Минздравсоцразвития России уделяется диспансеризации населения, как мере по повышению здоровья населения. Но практически врачи, и в первую очередь врачи поликлиник, менее чем в 50% случаев склонны считать, что эффективные ежегодные медицинские осмотры будут способствовать снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (Таблица 2.7).

В 80,0% случаев, вне зависимости от места работы врача-кардиолога, отмечается важность отказа населения от вредных привычек. Интересно, что не все врачи связывают напрямую отказ от вредных привычек с повышением общей культуры пациентов, это скорее всего связано с тем, что среди врачей распространение таких привычек наблюдается не в меньшей степени. Высока и доля врачей (более 80% в стационарах и 74,5% в поликлиниках), считающих, что снижению смертности будет способствовать доступность для широких кругов населения эффективных современных медицинских технологий.

Таблица 2.7 - Распределение ответов врачей-кардиологов на вопрос «что будет способствовать снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний?» (%)

Факторы, способствующие снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний	Место работы				Всего
	Поликлиника и кардиологический диспансер	Кардиологическое и терапевтическое отделение больницы, кафедра мед.вуза	Скорая помощь	Другое место работы	
отказ населения от вредных привычек	90,2	73,2	72,7	87,5	80,0
повышение общей культуры пациентов	66,7	59,2	45,5	56,3	59,4
обращение людей к религии	2,0	5,6	18,2	6,3	6,3
улучшение условий жизни	52,9	57,7	77,3	68,8	60,0
доступность эффективных медицинских технологий	74,5	81,7	59,1	81,3	76,3

эффективные ежегодные осмотры населения	47,1	59,2	40,9	56,3	52,5
развитие программ здорового образа жизни	58,8	69,0	45,5	75,0	63,1

Осознание необходимости сохранения и поддержания хорошего уровня собственного здоровья при любых условиях связано с формированием у человека представления о своей ответственности за здоровье. Соблюдение современных профилактических установок и рекомендаций - в известной мере, целенаправленное подчинение своего образа жизни поддержанию необходимого уровня и даже достижению определенных параметров здоровья.

Сегодня необходимо найти оптимальный баланс таких различных функций здравоохранения, как укрепление здоровья, профилактика заболеваний, терапия и реабилитация (как в рамках ориентированной на население политики общественного здравоохранения, так и применительно к клиническому ведению отдельных больных).

Врач, проводящий профилактическую работу, должен оценивать эффективность ее воздействия на пациента. Практически с одинаковой частотой врачи-кардиологи вне зависимости от места работы наблюдали положительный или отрицательный результат от проделанной работы (Таблица 2.8).

Таблица 2.8 - Распределение ответов врачей-кардиологов на вопрос «Наблюдали ли Вы лично эффект от мероприятий по первичной профилактике?» (%)

При первичной профилактике	Место работы	
	Поликлиника и кардиологический диспансер	Кардиологическое и терапевтическое отделение больницы, кафедра мед.вуза
- люди отказывались от вредных привычек	50,9	54,9
- люди изменяли диету	31,4	45,1
- несмотря на проводимую работу частота вредных привычек не изменяется	31,4	29,6
-первичная профилактика не проводится	5,9	5,6

В ряде эпидемиологических исследований было доказано, что уменьшение числа курящих и изменения в рационе питания будут способствовать снижению распространенности сердечно-сосудистых заболеваний среди населения.

Половина врачей отметила отказ от вредных привычек, от 31,4% до 45,1% свидетельствуют, что пациент стал придерживаться диеты, 1/3 врачей не увидели

эффекта от первичной профилактики, направленной на отказ от вредных привычек, а до 6% кардиологов считают, что такая профилактика не проводится.

Естественно, что мероприятия, направленные на укрепление здоровья, хорошо принимаются потенциальными и восприимчивыми слушателями, а изменения поведения среди отдельных групп сложно добиться. Но и сам врач должен быть убежденным сторонником ведения здорового образа жизни и быть примером в этом. Развитие программ по здоровому образу жизни населения требует межведомственного подхода.

Если общее укрепление как индивидуального, так и популяционного здоровья преимущественно выходит за рамки здравоохранения, то при возникших заболеваниях решающую роль может и должно сыграть повышение доступности и адекватности медицинской помощи.

Результаты мероприятий, проводимые в последние годы, по улучшению деятельности системы здравоохранения и направленные на своевременное оказание больным с сердечно-сосудистой патологией медицинской помощи на современном уровне, по мнению более половины врачей кардиологов поликлиник и больниц, позволили снизить число тяжелых форм и осложнений (Таблица 2.9).

Таблица 2.9 - Распределение ответов врачей-кардиологов на вопрос «Наблюдали ли Вы лично эффект от мероприятий по вторичной профилактике?» (%)

При вторичной профилактике	Место работы		
	Поликлиника и кардиологический диспансер	Кардиологическое и терапевтическое отделение больницы, кафедра мед.вуза	Скорая помощь
- снизилось число тяжелых форм и осложнений	56,9	53,5	27,3
- в основном лечение неэффективно	15,7	11,3	18,2
- люди поздно обращаются	23,5	33,8	45,5

Но, только менее 1/3 врачей скорой помощи отметили данный факт улучшения. По результатам других исследований было отмечено, что в последние годы имеется тенденция к нарастанию потребности в скорой медицинской помощи и, следовательно, увеличение экстренных состояний.

В работе В.Н. Сеницына (2001) указывается на то, что каждой возрастно-половой группе свойственен свой круг причин обращений за скорой медицинской помощью: с увеличением возраста удельный вес сердечно-сосудистых заболеваний, как причины вызовов, возрастает и среди мужчин, и среди женщин, достигая в самой старшей возрастной группе 70-77%.

Но наряду с положительными результатами вторичной профилактики отмечаются и недостатки. Практически одинаковая доля кардиологов (до 20%), работающих в разных лечебных учреждениях, отметила неэффективность современных медицинских мероприятий.

Неэффективность лечебных мероприятий также во многом связана со своевременностью обращения самого больного в лечебно-профилактические учреждения. На несвоевременность обращения за медицинской помощью указали 23,5% кардиологов из поликлиник и кардиологических диспансеров, 33,8% из кардиологических и терапевтических отделений больницы, кафедры медицинских вузов, 45,5% врачей-кардиологов, работающих на скорой помощи, отмечают позднее обращение пациентов за экстренной помощью.

Существует целый ряд факторов, которые влияют на эффективность лечения больных с кардиологической патологией и, в конечном счете, на качество лечения. В анкете они были разделены на группы – зависящие от профессионализма и деятельности врача, зависящие от поддержки больного в семье, а также зависящие от самого больного (Таблица 2.10).

Таблица 2.10 - Распределение ответов врачей-кардиологов на вопрос «что способствует эффективному лечению кардиологических больных» (%)

Факторы	Место работы				Всего
	Поликлиника и кардиологический диспансер	Кардиологическое и терапевтическое отделение больницы, кафедра мед.вуза	Скорая помощь	Другое место работы	
Высокие знания врача	76,5	91,5	72,7	87,5	83,8
Стаж врачебной деятельности	33,3	33,8	31,8	18,8	31,9
Отношения врача и пациента-партнерские	66,7	60,6	22,7	62,5	57,5
Отношения врача и пациента-патерналистские	3,9	9,9	4,5	18,8	8,1
Поддержка больного в семье:					
-в соблюдении диеты	64,7	73,2	40,9	62,5	65,0
-режима приема лекарств	62,7	85,9	54,5	81,3	73,8
-молитвы о выздоровлении	17,6	16,9	18,2	6,3	16,3
-прекращении вредных привычек	74,5	85,9	59,1	75,0	77,5
Желание самого больного:					

-регулярно лечиться	64,7	76,1	77,3	75,0	72,5
-вести здоровый образ жизни	80,4	87,3	72,7	87,5	83,1
Все в основном определяется организмом человека	3,9	9,9	4,5	12,5	7,5
Затрудняюсь ответить	5,9	1,4	9,1	-	3,8

Более 80% врачей считают, что для эффективного лечения, необходимы высокие знания врача, которые не связаны со стажем врача, т.к. на зависимость успешного лечения и стажа указало около 1/3 респондентов, 60,6% и более кардиологов, работающих в амбулаторных и стационарных учреждениях как государственных, так и частных, склонны к партнерским отношениям с пациентом и видят в этом успех для достижения положительного результата в лечении. Только 22,7% врачей-кардиологов, работающих по скорой медицинской помощи, допускают возможность обсуждения лечения с пациентом.

В среднем более 60% врачей-кардиологов залог успеха в лечении видят в поддержке больных со стороны семьи в соблюдении диеты, в прекращении вредных привычек, регулярном приеме лекарств. До 80% отмечают, что для эффективного лечения необходимо желание и самого больного вести здоровый образ жизни и регулярно лечиться.

Повышение квалификации врачей, в т.ч. врачей-кардиологов, проводится регулярно. Этой деятельностью заняты как специальные учреждения по повышению квалификации, так и ряд кафедр медицинских вузов.

Охват специализацией (усовершенствованием) высок – более 80% кардиологов проходили ее в течение последних 5 лет (среди врачей, работающих на селе – 62,5%). Однако требуется оценка этого массового вида переподготовки врачей. Лишь 32% врачей-кардиологов указали, что в процессе усовершенствования знаний они получили много новой полезной информации, а 16,7% врачей областных центров (18% на селе) указали, что практически все им было известно ранее. Только 42,9% врачей могли внедрить полученные новые знания в практику своих медицинских учреждений (в областных центрах – 47,1%), остальные по тем или иным причинам (в основном из-за отсутствия оборудования) не могут этого сделать. Таким образом, их деятельность после повышения квалификации фактически качественно не изменилась, что ставит вопрос о необходимости нового взгляда на подготовку и переподготовку врачей.

Для повышения знаний по специальности врачам необходимо регулярно знакомиться с научной литературой (Таблица 2.11) для освоения новых, современных методов диагностики, схем лечения, аппаратуры и фармацевтических препаратов.

Регулярно знакомятся с отечественной научной литературой по специальности в среднем 69,4% врачей, тогда как с зарубежной научной литературой только 1/3 и около 20% практически не имеют такой возможности. Информационные потребности врачей должны обеспечиваться как своевременной закупкой иностранной медицинской литературы, своевременным ее переводом на русский язык, а также внедрением в медицинскую среду активных знаний в области иностранных языков.

Таблица 2.11 - Распределение врачей-кардиологов с учетом их возможности ознакомиться с научной литературой по специальности (%)

Имеют возможность	Место работы			Всего
	Поликлиника и кардиологический диспансер	Кардиологическое и терапевтическое отделение больницы, кафедра мед. вуза	Скорая помощь	
знакомится с отечественной научной литературой по специальности				
- регулярно	66,0	72,5	59,1	69,4
- иногда	32,0	23,2	40,9	27,4
-практически нет	2,0	4,3	-	3,2
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0
знакомится с зарубежной научной литературой по специальности				
- регулярно	28,3	38,5	29,4	34,3
- иногда	43,5	41,5	41,2	42,0
-практически нет	28,2	20,0	29,4	23,7
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

В среднем 76,4% врачей-кардиологов используют для своей работы персональный компьютер и только 1/3 для получения необходимой профессиональной справочной информации, в т.ч. через Интернет.

Курс, взятый в стране на модернизацию системы здравоохранения, предполагает активное внедрение новых медицинских технологий. Такие технологии должны привести к повышению качества оказываемых диагностических и лечебных услуг, а также их доступности.

Некоторые медицинские технологии, например телемедицина, которая развивается в нашей стране в последние годы, до сих пор не доступна для врачей и в первую очередь врачам-кардиологам (Таблица 2.12).

На сегодня эти технологии доступны только 28,6% врачей-кардиологов, работающим в амбулаторных учреждениях. В большей степени телемедицина доступна

кардиологам в условиях стационара (50,0%) и в коммерческих структурах (40,0%). При этом среди врачей, работающих на селе, где такая связь наиболее необходима, на доступность телемедицины указали только 13,3%.

Таблица 2.12 - Доля врачей-кардиологов, которым доступны некоторые современные медицинские технологии (%)

Для врачей-кардиологов доступно:	Место работы				Всего
	Поликлиника и кардиологический диспансер	Кардиологическое и терапевтическое отделение больницы, кафедра мед. Вуза	Скорая помощь	Другое место работы	
-телемедицина	28,6	50,0	4,8	40,0	35,9
-дистанционные консультации с аппаратурой для аудиосвязи и приема ЭКГ у пациентов из отдаленных районов	21,3	23,1	40,9	33,4	26,0
-использование магнитно-резонансной терапии	46,7	42,6	-	16,7	36,0

Проводить дистанционные консультации с аппаратурой для аудиосвязи и приема ЭКГ у пациентов могут только около 20% врачей, работающих в поликлиниках, диспансерах, стационарах, на кафедрах. Врачам кардиологических бригад скорой медицинской помощи данная технология более доступна, но также не всем.

Применять магнитно-резонансную терапию могут менее половины врачей-кардиологов в медицинских учреждениях системы здравоохранения.

Таким образом, учитывая чрезвычайно высокие показатели смертности населения в нашей стране, в первую очередь от кардиологической патологии, необходимо незамедлительно обеспечивать своевременное выявление и курирование этих больных на современном уровне, осуществлять все необходимые объемы помощи, а также вводить в массовую практику применение новых современных средств лечения.

Модернизация здравоохранения требует:

- Срочного изменения процессов подготовки и переподготовки врачей, включая своевременное обеспечение их необходимой информацией, в т.ч.

сведениями о новых медицинских технологиях в других странах, достигших низких уровней смертности населения;

- Увеличения заработной платы врача для сокращения совместительства и обеспечения возможности регулярной актуализации профессиональных знаний;
- Пересмотра формальных ограничений, регламентирующих деятельность врача;
- Обеспечения полноценного лечения больных не зависимо от их материального положения;
- Регулярной экспертизы качества проводимого лечения, включая оснащение учреждений и набор используемых лекарственных средств по основным видам кардиологической патологии.
- Организация регулярного отслеживания проблем медицинского обеспечения больных с кардиологической патологией на основе получения информации непосредственно от практических врачей, работающих с больными.