

# ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

УДК 616.12-008.331.1:612.014.461:612.13 (045)

## «КАРДИАЛГИЯ» КАК ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

**С.В. Афанасьева**

ГОУ ВПО «Самарский ГМУ Росздрава»

*Командой первичной медико-санитарной помощи населению проведено обследование пациентов на участке врача общей практики с проблемой пациента «кардиалгия». Определены физикальный диагноз, параметры психологического и социального статусов. Составлены клинические рекомендации по организации диагностики и программ вмешательства. **Ключевые слова:** общая врачебная практика, "кардиалгия", психологический статус.*

## «CARDIAC PAIN» AS THE PATIENT'S PROBLEM IN GENERAL PRACTICE

**S. V. Afanasieva**

Samara State Medical University

*The team of the first medico sanitary aid for population has examined the patients with 'cardiac pain' (heavy heart) in the district of general practitioner. The physical diagnosis, parameters of psychological and social status were determined. The authors developed clinical recommendations to organization of diagnostics and interference. **Key words:** general practice, "cardiac pain", psychological status.*

Общая врачебная практика (ОВП) - зона первого контакта между пациентом и системой здравоохранения. Заболевания сердечно-сосудистой системы являются основной причиной смертности населения [1]. Они широко распространены в популяции, их диагностика и лечение в современных условиях являются трудной задачей вследствие полиморбидности патологии, нарастания невротизации, тревоги, депрессий, личностной акцентуации [6], поэтому в настоящее время актуальны разработка и внедрение программ диагностики, раннего активного выявления, тактики ведения больных с «кардиалгией» в общей врачебной практике (ОВП).

**Цель работы:** повышение эффективности диагностики и качества вмешательства в естественное течение болезней, протекающих с проблемой пациента- «кардиалгией», в реальных условиях ОВП.

**Материалы и методы:** командой первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в амбулатории врачей общей практики № 1 Ленинского района города Самары проведён активный скрининг 1525 человек взрослого населения участка врача общей практики (ВОП), в том числе 683 мужчин и 842 женщины в возрасте 18-75 лет. В состав команды ПМСП населе-

нию вошли участковый ВОП, медицинская сестра участка, при наличии показаний –консультанты (кардиолог, невролог, психолог) и другие специалисты. Команду возглавлял ВОП- автор. Обследование пациентов проведено в 2006 г. Всего с проблемой здоровья «кардиалгия» выявлены 347 человек (22,7% субпопуляции). В рамках неотложных состояний пароксизмальная «кардиалгия» была идентифицирована у 26 пациентов. Диагностированы: ишемическая болезнь сердца (ИБС), инфаркт миокарда – у 3 человек; острый коронарный синдром - у 7 человек; тромбоз легочной артерии слева - у 1 человека; перелом ребер слева- у 2 человек; левосторонний пневмоторакс- у 2 человек; ушиб грудной клетки - у 3 человек; язвенная болезнь кардиального отдела желудка в стадии обострения с перфорацией желудка - у 2 человек; острый калькулёзный холецистопанкреатит в стадии обострения - у 3 человек; дивертикулит пищевода - у 1 человека; рак кардиального отдела желудка, осложнённый внутренним кровотечением- у 1 человека; ущемлённая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы - у 1 человека.

Пациентам поставлен достоверный синдромный, вероятный нозологический диагноз, оказана неотлож-

ная помощь на догоспитальном этапе, больные экстренно госпитализированы в профильные стационары. Критерием включения пациента в исследование явилось добровольное информированное согласие взрослого обследуемого из числа населения участка ВОП, критерием исключения – отсутствие согласия. Добровольное аргументированное согласие на дообследование и вмешательство дали 297 чел. из 347 пациентов. Они были дообследованы по стандартному протоколу: жалобы, анамнез, физикальный статус, дополнительные методы (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, электрокардиография (ЭКГ), эхо-кардиография, фиброгастродуоденоскопия (по показаниям), ультразвуковое исследование артерий брюшной полости (по показаниям), велоэргометрия или холтеровское мониторирование ЭКГ. Дообследование пациентов проведено перед началом вмешательства ВОП, затем через 1-1,5 месяца и через 12 месяцев после вмешательства ВОП. Качество жизни и психологический статус определялись в динамике в эти же сроки. Результаты вмешательства удалось отследить у всех пациентов.

Для оценки психологического статуса использованы методы: опросник НИИ клинической психиатрии им. В.М. Бехтерева «Тип отношения к болезни» (ТОБ) [2], метод цветочных выборов (модифицированный восьмицветный тест М. Люшера) [11]. Социальный статус пациента и его семьи – по критериям НИИ организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ; интегральный тест «Качество жизни» из пакета компьютерных программ «Медитест» (норма от -5 до +1 балла). Программы вмешательства определялись физикальным диагнозом, психологическим и социальным статусом [1,3,4,5,6,7,8,10]. Стоимостные характеристики вмешательства – в соответствии с социальным статусом пациента, с учетом коэффициента стоимость/эффективность. Дизайн исследования – открытое сплошное исследование типа «случай-контроль» с третьим уровнем внутренней достоверности (нерандомизированные клинические испытания), пятым уровнем внешней достоверности (описаны критерии отбора пациентов, характеристики обследуемых в полном объеме, определены критерии оценки результатов, полно описано вмешательство, полученные данные представлены в соответствии с нозологическим диагнозом, психологическим и социальным статусом) – активный скрининг. Обработка результатов исследования проводилась методами математической статистики на персональном компьютере с использованием программ «Microsoft Word 6,0 for Windows». Полученные значения случайных величин представлялись в виде простого статистического ряда. Анализ несведённых рядов проводился с вычислением математического ожидания, стандартного отклонения, коэффициента линейной корреляции  $r$  и вероятности значений  $c$ .

Перед началом вмешательства все пациенты делились по психологическим параметрам на две категории: опыта- с исходно высоким уровнем сотрудничества с врачом, высокой приверженностью к лечению и преформированным психотерапевтическим потенцированием (ПП) низкого уровня сотрудничества с врачом, низкой приверженностью к лечению в высокий; а также контроля - пациенты с некорригируемым низким уровнем кооперации. В группах опыта программы вмешательства реализованы в полном

объёме, в группах контроля проводилось лечение до достижения клинической ремиссии. Метод сравнения исходов- стойкая клиническая ремиссия, динамика показателя качества жизни (КЖ) в когорте опыта и контроля через 1-1,5 и 12 месяцев от начала вмешательства. Использована четырёхпольная таблица [9].

**Описание результатов исследования.** По клинико-инструментальным критериям массив пациентов с рецидивирующей «кардиалгией» (297 чел.) ранжирован на две подгруппы.

В первую (205 чел.) вошли пациенты с «кардиалгией» кардиального генеза. По программам, доступным ВОП, в первой подгруппе пациентов выявлены: ИБС- у 166 чел.; нейроциркуляторная дистония (НЦД)- у 31 чел., в том числе с пролапсом митрального клапана- у 18 чел.; миокардит- у 1 чел.; перикардит- у 1 чел.; гипертрофическая кардиомиопатия- у 1 чел.; дилатационная кардиомиопатия- у 1 чел.; поражение клапанного аппарата сердца- у 4 чел.

Психологический статус пациентов: тревожный ТОБ - у 47 чел.; ипохондрический- у 23 чел.; неврастенический- у 20 чел.; гармонический- у 69 чел., сенситивный- у 26 человек; меланхолический - у 20 человек. По данным теста Люшера уровень тревоги был высоким ( $+4,6 \pm 0,25$  балла при норме 3 балла, вероятность значений  $c < 0,01$ ). Социальный статус: бедные и малообеспеченные - 175 чел., среднеобеспеченные- 23 чел., высокообеспеченные- 7 чел. Показатель качества жизни - низкий ( $-12 \pm 0,36$  балла).

Во вторую подгруппу вошли пациенты с «кардиалгией» некардиального генеза. (92 чел.). У пациентов были диагностированы: заболевания костей, суставов, мышц грудной клетки- у 39 чел.; заболевания желудочно-кишечного тракта- у 10 чел.; заболевания лёгких и плевры- у 9 чел.; психогенные «кардиалгии»- у 34 чел. Для проведения дифференциальной диагностики 2 пациентам потребовалась консультация травматолога, 3 чел.- консультация хирурга, 12 чел.- консультация психиатра или медицинского психолога. Психологический статус: анозогностический- 12 чел.; эргопатический (10 чел.); неврастенический (11 чел.); гармонический-27 чел.; сенситивный- 13 чел.; тревожный ТОБ- 19 чел. Социальный статус: малообеспеченные- 65 чел.; среднеобеспеченные-21 чел.; высокообеспеченные- 6 чел. Показатель качества жизни (КЖ) - низкий ( $-10,4 \pm 0,11$  балла,  $c < 0,01$ ). Пациенты с редкими «кардиалгиями» (новообразования сердца, субдиафрагмальный абсцесс, опухоли спинного мозга, мезотелиома плевры, расслаивающаяся аневризма аорты) на участке ВОП не выявлены.

Вмешательство в когорте опыта первой подгруппы (130 чел. с рецидивирующей «кардиалгией» кардиального генеза) включало программы семейного воспитания, семейной профилактики, медикаментозную и немедикаментозную терапию [5, 6]; в когорте контроля (75 чел.) вмешательство ограничивалось медикаментозной терапией до достижения субъективного улучшения. Стоимостные параметры вмешательства соотносились с материальным статусом пациентов. Программа семейной профилактики реализована через «школы больного» для пациентов с ИБС, артериальной гипертензией. Медикаментозное лечение у больных в когорте опыта было постоянным (с целью предупреждения тяжелых осложнений, декомпенсации состояния, летального исхода, сохранения удовлетворительного качества жизни) и включало лечение ИБС, НЦД и других заболеваний. [1,4,5,6]. В

резистентных к вмешательству ВОП случаях 28 пациентов были направлены на консультацию к кардиологу и 4 пациента к кардиохирургу. Вмешательство во второй подгруппе (92 чел.) в когорте опыта (61 чел.) включало программы семейной профилактики, семейного воспитания, медикаментозную и немедикаментозную терапию [5, 6]; в когорте контроля (31 чел.) вмешательство ограничивалось только медикаментозной терапией (до достижения субъективного улучшения). Оценка эффективности вмешательства: через 1 месяц и через 12 месяцев по «мягким» исходам (динамика клинической симптоматики, стабилизация состояния, ремиссия заболевания, улучшение психологического статуса, повышение показателя КЖ) с построением таблицы сопряженности и вычислением ключевых показателей эффективности вмешательства: ЧИЛ (число исходов в группе опыта), ЧИК (число исходов в группе контроля), САР (снижение абсолютного риска), СОР (снижение относительного риска), ЧБНЛ (число больных, которых необходимо лечить, чтобы предотвратить неблагоприятный исход у одного больного), ОШ (отношение шансов). У пациентов с «кардиалгией» кардиального генеза (группа опыта) через 1 месяц отмечены улучшение общего состояния, повышение работоспособности, снижение частоты обострения заболевания (снижение функционального класса стенокардии и др.) - у 105 чел.; в психологическом статусе: снижение числа пациентов с тревожным, неврастеническим, ипохондрическим ТОБ, увеличение числа пациентов с гармоническим, сенситивным, смешанным ТОБ. По тесту Люшера - снижение уровня тревоги до  $-3,3 \pm 0,16$  балла ( $s < 0,05$ ), показатель КЖ повысился до  $-3,35 \pm 0,04$  ( $s < 0,001$ ). Через 12 месяцев динамика клинической симптоматики оставалась положительной (улучшение общего состояния, повышение работоспособности); в психологическом статусе отмечено дальнейшее уменьшение числа пациентов с тревожным, ипохондрическим и неврастеническим ТОБ; по тесту Люшера и индексу КЖ существенной динамики не получено ( $3,23 \pm 0,16$  балла и  $-3,29 \pm 0,04$  балла соответственно,  $s < 0,05$ ). В контрольной группе через 1 мес. достигнуто улучшение клинических параметров, психологического статуса, показателя КЖ, однако через 12 месяцев все показатели вернулись к исходным. При корреляционном анализе получены удовлетворительные связи между уровнем тревоги и показателем качества жизни в группах опыта и контроля ( $r = 0,48 \pm 0,66$ ;  $s < 0,05$ ). В соответствии с критериями доказательной медицины по итогам 12 месяцев рассчитаны показатели: у пациентов с ИБС - ЧИЛ=10%; ЧИК=95%; САР=85%; СОР=89,5%; ЧБНЛ=1; ОШ=0,002; у пациентов с НЦД - ЧИЛ=10%; ЧИК=81%; САР=71%; СОР=87,6%; ЧБНЛ=1; ОШ=0,022, что доказывает эффективность вмешательства ВОП.

У пациентов второй подгруппы с «кардиалгией» некардиального генеза в когорте опыта (61 чел.) через 1 месяц выявлено уменьшение частоты возникновения «кардиалгии»; снизилось число пациентов с анозогностическим и эргопатическим ТОБ; увеличилось число пациентов с гармоническим, сенситивным, смешанным ТОБ. Отмечалось снижение уровня тревоги по тесту Люшера до  $2,4 \pm 0,09$  балла,  $s < 0,001$ . За счет этого существенно улучшился показатель КЖ до  $-4,83 \pm 0,29$  балла. Через 12 месяцев клиническая картина (стабильность общего состояния) не ухудшилась; в психологическом статусе ТОБ - без изменений;

уровень тревоги по тесту Люшера - без динамики; показатель КЖ остался в пределах нормы. В контрольной группе пациентов (31 чел.) в начале вмешательства (через 1 месяц) улучшились клинические параметры, психологический статус; однако через 12 месяцев все показатели возвратились к исходным. Между уровнем тревоги и показателем качества жизни в группах опыта и контроля были удовлетворительные корреляции ( $r = 0,64 \pm 0,77$ ;  $s < 0,01$ ). Расчетные индексы составили: у пациентов с заболеваниями костей, суставов, мышц грудной клетки ЧИЛ=11%; ЧИК=85%; САР=74%; СОР=87%; ЧБНЛ=1; ОШ=0,02; у пациентов с психогенными «кардиалгиями» ЧИЛ=10%; ЧИК=92%; САР=82%; СОР=89%; ЧБНЛ=1; ОШ=0,01, что, по итогам 12 месяцев, доказывает эффективность вмешательства ВОП в течение болезней.

**Обсуждение результатов.** Приступая к решению проблем пациента с ведущей проблемой здоровья «кардиалгия» в ОВП, мы хотели исключить наиболее опасные для жизни заболевания. По данным скринингового исследования, выявлено, что «кардиалгия» может наблюдаться как при заболеваниях кардиального генеза, так и при других заболеваниях, не связанных с патологией сердца («кардиалгия» некардиального генеза).

В соответствии с идеологией семейной медицины у пациентов с «кардиалгиями» оценивался психологический статус как основа уровня кооперации пациента с ВОП и социальный статус как базис для разработки стоимостных характеристик врачебного вмешательства. В зависимости от уровня исходного (высокого или низкого) или преформированного психотерапевтическим потенцированием уровня кооперации выделены группы опыта и контроля. Программы лечения строились, исходя из физического и социального статуса, уровня приверженности к лечению. Лечение пациентов рассматриваемых групп – непростая задача для общепрактикующего врача. В зависимости от уровня компетентности он решает её сам, возможно ведение пациента с участием узких специалистов. Большие сложности возникают при низкой приверженности пациента к лечению, когда необходимо добиться клинической ремиссии в короткие сроки. Изучив клинические исходы у пациентов через 12 месяцев, мы получили значительно лучшие показатели в группе опыта по сравнению с группой контроля.

Полученные данные позволили составить схему типового алгоритма диагностики и вмешательства при исходной информации «проблема пациента» — «кардиалгия».

**Клинический алгоритм для врача общей практики: пациент с проблемой здоровья «кардиалгия»**

I. Исключить экстренные клинические ситуации (острый коронарный синдром, инфаркт миокарда, прогрессирующая стенокардия, тромбоз эмболия легочной артерии, расслаивающаяся аневризма аорты и др.).

II. Исключить заболевания, при которых пациент немедленно направляется к профильному специалисту (дивертикулит пищевода в стадии обострения, рак или язва кардиального отдела желудка с кровотечением или с перфорацией желудка, ущемленная диафрагмальная грыжа, острый холецисто-панкреатит в стадии обострения, перелом ребер слева, левосторонний пневмоторакс).

III. Ранжирование пациентов с рецидивирующей «кардиалгией»: пациент с «кардиалгией» кардиального генеза: ИБС, НЦД, заболевания эндокарда, миокарда, перикарда; пациент с «кардиалгией» некардиального генеза: заболевания костей, суставов, мышц грудной клетки (фибромиозит; грудино-ключичный артрит, межреберная невралгия, остеохондроз грудного отдела позвоночника в сочетании со смещением межпозвоночных дисков и др.); заболевания лёгких и плевры (пневмония среднедолевая левосторонняя, слипчивый левосторонний плеврит, рак лёгкого с прорастанием в плевру и др.); заболевания желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь кардиального отдела желудка в стадии обострения, гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь, дивертикулез пищевода и др.); заболевания с психогенной «кардиалгией» (депрессия, истерия, невроз, психические заболевания и др.); редкие «кардиалгии».

IV. Верифицировать диагноз общепрактикующего врача: физикальный (нозология, ведущий синдром (проблема пациента), форма, стадия болезни); психологический статус (тип отношения к болезни, уровень тревоги и кооперации); социальный статус (бедные и малообеспеченные, среднеобеспеченные, высокообеспеченные).

V. Программы вмешательства ВОП. Лечение (базовые схемы в рамках республиканских и региональных стандартов) с учетом психологического статуса пациента, уровня кооперации и социального статуса пациента (коэффициент стоимость/эффективность).

Семейная профилактика: адекватный возможностям образ жизни, режиму труда и отдыха; диететика в соответствии с характером болезни и социальным статусом; санаторно-курортное лечение в соответствии с характером болезни и социальным статусом; адекватное профессиональное ориентирование.

Семейное воспитание: выработка у пациента и его семьи потребности в здоровом образе жизни; экология души и тела; создание хорошего психологического климата в семье, коррекция межличностных отношений.

#### Выводы

Типовой алгоритм мышления и действий врача общей практики при проблеме здоровья пациента «кардиалгия» состоит из следующих модулей:

УДК 616.12:616.3(045)

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

**Е.Ю. Еремина, Е.В. Щипалкина**

ГОУ ВПО «Мордовский ГУ им. Н.П.Огарева»

*Изучены больные с ишемической болезнью сердца в сочетании с заболеваниями органов пищеварения (хроническим гастритом, язвенной болезнью, хроническим холециститом). Выявлено, что для клинической симптоматики данных пациентов характерна экстракардиальная окраска сердечных болевых приступов. Больным с ишемической болезнью сердца в сочетании с заболеваниями органов пищеварения свойственен симпатический перевес вегетативного баланса на фоне парасимпатикотонии. **Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, заболевания органов пищеварения.*

## SOME ASPECTS OF INFLUENCE OF DIGESTIVE ORGANS DISEASES ON CLINICAL COURSE OF ISCHEMIC HEART DISEASE

**E.U. Eremina, E.V. Shipalkina**

Mordvinian State University, named after N.P. Ogariev

1. Исключение экстренных, жизнеопасных клинических ситуаций при острых состояниях; исключение заболеваний, требующих немедленного направления пациента к профильному специалисту.

2. Ранжирование пациентов по двум вариантам типовой патологии – кардиальной и некардиальной.

3. Верификация диагноза – по трём направлениям: физикальный диагноз, психологический и социальный статусы.

4. Программы вмешательства - дифференцированные с учетом психологического и социального статусов пациента.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Национальные рекомендации по диагностике и лечению ХСН, утвержденные съездом кардиологов РФ в октябре 2003 г. / Ю.Н. Беленков, Ю.В. Мареев, Г.П. Арутюнов, Ф.Т. Агеев // Сердечная недостаточность. - 2003. - Т. №6 (22). - С. 276-297.

2. Бочаров В. В. Психологическая диагностика типов отношения к болезни при психоматических и пограничных нервно-психических расстройствах: Методические рекомендации. / В. В. Бочаров, Б.В. Иовлев / Под ред. Л. И. Вассермана. - СПб: С.-Петербург. научн.-исслед. психоневрологич. ин-т им. В.М.Бехтерева, 1991. - 26с.

3. Гуревич М.А. Хроническая ишемическая (коронарная) болезнь сердца: Руководство для врачей / М.А. Гуревич. - М.: Изд. «Берег», 1999. - 160с.

4. Денисов, И. Н. 2000 болезней от А до Я. / И.Н. Денисов, Э. Г. Улумбеков. - М.: ГЭОТАР-Мед., 2001.

5. Денисов, И.Н. Общая врачебная практика: внутренние болезни - интернология: Практическое руководство. / И.Н. Денисов, Б.Л. Мовшович. - М.: ВМУЦ, 2001. - 496 с.

6. Денисов, И.Н. Общая врачебная практика (семейная медицина): Практическое руководство / И.Н. Денисов, Б.Л. Мовшович. - М.: ВУНМЦ, 2005. - 1000с.

7. Карпов, Ю.А. Стабильная ишемическая болезнь сердца: стратегия и тактика лечения / Ю.А. Карпов, Е.В. Сорокин. -М.: Реаформ, 2003. - 256 с.

8. Кича, Д.И. Семья как пациент врача общей практики (семейного врача) / Д.И. Кича // Медицинская кафедра. - М.: 2002. - №3. - С. 35-39.

9. Котельников, Г.П. Доказательная медицина. Научно обоснованная практика / Г. П. Котельников, А.С. Шпигель. - Самара, 2000. - 116с.

10. Крюков, Н.М. Диагностика и лечение заболеваний внутренних органов (стандарты): Руководство / Н.М. Крюков. - Самара, 2000. - 160с.

11. Собчик, Л.Н. Метод цветовой выборки: модифицированный цветовой тест Люшера: Методическое руководство / Л. Н. Собчик. -М., 1990. - 88 с.