

## ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РЕВМАТИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ В РОССИИ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Бегун Д.Н.

*ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет Минздрава России», Оренбург, Россия (460000, Оренбург, ул. Советская, 6), e-mail: orgma@esoo.ru*

В статье рассматриваются проблема организации медицинской помощи больным с ревматическими болезнями в России на основании анализа научных и научно-практических источников информации, опубликованных на протяжении периода 2002–2014 гг. Выделена нормативно-правовая (недостатки в порядке оказания медицинской помощи больным) и структурно-функциональная составляющая (снижение обеспеченности населения врачами-ревматологами, больничными койками ревматологического профиля) проблемы, ведущие к снижению доступности специализированной медицинской помощи. В результате основная нагрузка по ведению пациентов ложится на врачей первичного звена (участковых терапевтов), что в силу специфики их квалификации ведет к ошибкам диагностики и лечения. Отмечается небольшое количество работ посвященных вопросам организации медицинской помощи больным. Несмотря на имеющийся положительный региональный опыт, указано на недооценку бремени ревматических болезней со стороны организаторов здравоохранения.

Ключевые слова: ревматические болезни, медицинская помощь больным ревматическими болезнями, общественное здравоохранение.

## PROBLEMS OF THE ORGANIZATION OF THE MEDICAL CARE BY THE PATIENT WITH RHEUMATIC DISEASES IN RUSSIA. REVIEW OF LITERATURE

Begun D.N.

*Orenburg state medical university, Orenburg, Russia (460000, Orenburg, street Sovetskaya, 6), e-mail: orgma@esoo.ru*

In article are considered a problem of the organization of a medical care by the patient with rheumatic diseases in Russia based on the analysis of the scientific and practical sources of information published throughout the period of 2002–2014. It is allocated normative and legal (shortcomings of an order of delivery of health care by the patient) and a structurally functional component (decrease in security of the population by rheumatologists, hospital beds of a rheumatological profile) the problems conducting to decrease in availability of a specialized medical care. As a result, the main loading on maintaining patients to lay down on doctors of primary care (local therapists) that owing to specifics of their qualification conducts to errors of diagnostics and treatment. A small amount of the works devoted to questions of the organization of a medical care by the patient is noted. Despite the available positive regional experience, it is specified underestimation of burden of rheumatic diseases from organizers of health care.

Keywords: rheumatic diseases, medical care patient with rheumatic diseases, public health care.

Ревматические болезни (РБ) составляют важную медико-социальную проблему для России [4]. Тенденция роста заболеваемости ими наблюдается в течение более двух десятков лет. [5, 15]. Неминуемо встает вопрос о состоянии медицинской помощи больным, ее эффективности, необходимости реорганизации в соответствии с реальными потребностями со стороны здоровья населения.

**Цель работы** – изучить проблемы организации медицинской помощи больным ревматическими болезнями в России по данным отечественных научных и научно-практических журналов.

**Методы исследования.** Проведен сбор и изучение и анализ доступных источников информации. Большинство работ было найдено в научной электронной библиотеке eLIBRARY.RU по ключевым словам «ревматические болезни», «организация медицинской помощи», «организация здравоохранения» и их сочетании по тематике «Медицина и здравоохранение».

**Результаты исследования и их обсуждение.** Организация медицинской помощи больным РБ регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2012 г. N 900н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология» (Зарегистрирован в Минюсте РФ 25 декабря 2012 г.). В соответствии с данным документом она должна оказываться:

1. Врачами – терапевтами участковыми либо врачами общей практики (самостоятельно только при ведении хронических ревматических болезней сердца).
2. Врачами – ревматологами ревматологических кабинетов поликлиник (выступает в качестве основного специалиста и координатора ведения больных).
3. В ревматологических отделениях стационаров больниц федерального подчинения.
4. В Центрах медицинских ревматологических.
5. В специализированных медицинских и санаторно-курортных организациях, осуществляющих медицинскую реабилитацию.

Штатными нормативами, оговоренными в приказе, предусматривается 1 должность врача – ревматолога на 50000 прикрепленного взрослого населения. С учетом высокой распространенности РБ данный норматив, даже в условиях его неукоснительной реализации, входит в противоречие с возможностью оказания врачами-ревматологами помощи в соответствии с реальными потребностями. Особенно затруднительно реализовать доступность первичной специализированной медико-санитарной помощи представляется в сельской местности. Хотя приказ оговаривает, что в районах с низкой плотностью населения и ограниченной транспортной доступностью медицинских организаций число должностей врачей-ревматологов может быть установлено исходя из меньшей численности взрослого населения. Конкретная цифра не указывается.

При невозможности оказания медицинской помощи больному на уровне первичного звена и наличии медицинских показаний, он должен быть направлен в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь, которая также оказывается врачами-ревматологами и при необходимости с возможностью привлечения специалистов другого профиля. Специализированные ревматологические отделения являются подразделениями федеральных государственных медицинских организаций. Направления в них осуществляется при необходимости установления окончательного диагноза (при нетипичном

течении заболевания), отсутствии эффекта от проводимой терапии, высоком риске хирургического лечения, необходимости дообследования пациента, осложняющих течение сопутствующих заболеваниях, при необходимости повторной госпитализации по рекомендации отделения. Здесь остается неутраченной роль терапевтических отделений стационаров. Возможно ли направление пациентов нуждающихся в круглосуточном наблюдении, но имеющих невысокую или умеренную активность процесса на лечение в такие отделения? Также не указаны нормативы обеспеченности населения ревматологическими койками.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь может осуществляться также в Центрах медицинских ревматологических, которые являются либо самостоятельными, либо входят в состав федеральных медицинских организаций. Помимо диагностических и лечебных функций Центрам отводится роль организационно-методического руководства ревматологической службой. Также они могут являться базами подготовки специалистов здравоохранения и являться базами научных исследований. На центр также возложена функция диспансеризации больных РБ. Однако, на уровне Центра возможен контроль за диспансеризацией, проводимой медицинскими организациями, создание регистра больных наиболее тяжелыми формами заболеваний, но никак не ее проведение. Типовая структура Центра в приказе не прописана и только из заголовка приложения № 11 к Порядку становится ясно, что в него входят ревматологическое отделение и кабинет терапии генно-инженерными биологическими препаратами. Для проведения медицинской реабилитации больные могут быть направлены в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации.

Научных работ, в которых рассматриваются проблемы организации медицинской помощи больным РЗ, в России немного. Имеющиеся работы выполнены в основном практическими врачами – ревматологами. Большинство статей о ревматологической службе являются статьями – «визитками», рассказывающими о становлении службы в отдельном регионе и ее достижениях. Акценты расставляются преимущественно на клиническую, но не организационную составляющую. О наличии проблем, связанных с организацией медицинской помощи, говорится вскользь, либо вообще не упоминается. Косвенно, из работ Комарова В.Т. [8], А.Б. Павловой [11] можно увидеть недостаточную обеспеченность врачами-ревматологами в Пензенской области и Карачаево-Черкесской республике. На дефицит врачей ревматологов прямо указывают Э.Н. Оттева с соавт. [10] (Хабаровский край), Т.И. Батудаева с соавт. [1] (Бурятия), И.Б. Виноградова [3] (Ульяновская область). Даже в Центральном Федеральном округе, имеющем преимущества перед другими, только в половине субъектов РФ его составляющих структура ревматологической службы соответствовала действующим нормативам. Определено немотивированное сокращение должностей врачей-

ревматологов, кабинетов, ревматологических коек, ведущее к резкому снижению доступности специализированной медицинской помощи. В целом по России с 2000 по 2005 г. число штатных врачей-ревматологов уменьшилось на 10 %, число занятых должностей – на 20 %, число ревматологических (кабинетов) отделений – на 18 %, число коек – на 8 % [9]. В то же время врачи-ревматологи активно работают в частных медицинских организациях. Как правило, многопрофильные частные медицинские центры включают в себя ревматологический, который по приоритету обращений в частные медицинские организации находится на втором месте после болезней мочеполовой системы [6].

В условиях крайней нехватки врачей-ревматологов в общественном секторе здравоохранения основная нагрузка по ведению больных РЗ распределяется на врачей терапевтов участковых либо врачей общей практики (что противоречит установкам приказа № 900н). Имеется большое количество исследований, демонстрирующих, что данные специалисты не имеют достаточной квалификации для ведения таких больных. Прежде всего, это касается правильности и своевременности диагностики РЗ, назначения адекватной терапии. Причем к таким выводам пришли ученые из США и Канады [17, 18]. Наиболее высокую частоту неправильной диагностики (в 41–48 % случаях) продемонстрировали Канадские исследователи [17]. По исследованию, проведенному в России Е.А. Галушко [4,5], недостаточная квалификация врачей амбулаторного звена по ревматологии приводит к гипердиагностике ревматоидного артрита (РА) и гиподиагностике остеоартроза. РА диагностируется на уровне участковых врачей-терапевтов как «остеоартроз», «реактивный артрит», «подагра» и даже такие, как «остеохондроз», «ревматизм». Только у 18 % больных диагноз РА устанавливается в течение первых 6 месяцев от начала заболевания. Средняя длительность периода до постановки диагноза составляет два года, но более ранняя консультация у ревматолога значительно снижает время диагностики. Около 13 % больных РА через 13 лет от начала заболевания нуждается в эндопротезировании суставов в результате неэффективного лечения. При синдроме болей в нижнем отделе спины врачи помимо ревматологов необоснованно назначают инструментальное обследование пациентов (95 % – рентгенографий и 29 % МРТ позвоночника).

Схожая ситуация наблюдается и в диагностике анкилозирующего спондилита в амбулаторной практике. Так, его диагноз устанавливается в среднем через 8 лет от появления первых симптомов, что связано со скудной клинической картиной в начале болезни, поздним обращением за врачебной помощью и с недостаточным знанием особенностей заболевания врачами амбулаторно-поликлинического звена [7]. К выводам о недостаточной диагностике и дефектам статистического учета заболеваний по классу БКМС приходят Д.Ш. Вайсман с соавт., анализируя заболеваемость по классу БКМС в Тульской области [2].

За неверной диагностикой следует неправильное лечение и реабилитация. Г.Н. Шеметова [15] выделяет следующие наиболее частые ошибки ведения и реабилитации больных болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани: позднюю диагностику, отсутствие развернутого клинического диагноза в амбулаторных картах, формальный подход к диспансеризации, недостаточный уровень подготовки кадров. Это ведет к неадекватной тактике ведения больного и дефектам реабилитации. Пациенты с запущенными заболеваниями поздно направляются на восстановительное лечение, которое не является комплексным и этапным, проводится по стереотипным программам. Мониторинг изменений в ходе реабилитации недооценивается. Все это ведет к неудовлетворительным показателям восстановления физического, психологического и социально-трудового статуса больного, инвалидизации. В работе амбулаторно-поликлинического звена автор выделяет объективные и субъективные причины неэффективной работы. К объективным причинам относятся: дефекты управления амбулаторно-поликлинической службой, недостаточная материально-техническая база поликлиник, недостаточный уровень диагностической базы и ограниченный объем диагностических исследований, недостатки подготовки участковых терапевтов, врачей общей практики, устаревшие критерии качества работы участкового терапевта, недостаточная компьютеризация рабочих мест участковых врачей и перегруженность излишними отчетами. Субъективные причины включают в себя: игнорирование приоритета профилактики, недостаточное внимание к профилактическим методам работы, недостаточный уровень внедрения в работу поликлиник современных профилактических технологий, новых лечебно-диагностических и реабилитационных методов и организационных форм работы, установка врачей на прием больных по обращаемости, а не по выявляемости, слабое знание участковыми врачами вопросов организации медицинской помощи пациентам с БКМС, взаимодействия и преемственности с другими специалистами и этапами оказания медицинской помощи, деонтологические и этические просчеты, ошибки правового характера. Несмотря на то, что работа датируется 2004 г., многое из перечисленного является актуальным и до сих пор.

Помимо данных официальной статистики как критерий эффективности организации медицинской помощи все чаще используется изучение мнения пациентов о ее доступности и качестве. В отечественной науке имеется большое количество работ, посвященных его изучению, как в целом, так и по отдельным звеньям медицинской деятельности [16, 12]. Однако работ, посвященных оценке доступности и удовлетворенности медицинской помощью больными ревматическими болезнями немного. Академик Е.Л. Насонов с соавт. [9] выделили системные проблемы состояния ревматологической помощи населению в Российской Федерации: недостаточное количество должностей врачей-ревматологов и их неполную уком-

плектованность; уменьшение числа ревматологических кабинетов (отделений); сокращение коек ревматологического профиля; высокую стоимость ведения больных и недостаточное лекарственное обеспечение; практическое отсутствие фундаментальных исследований в этой области в России. В целом было указано на недостаточную эффективность оказания ревматологической помощи. Безусловно, такое положение дел не может не оказывать влияния на доступность и удовлетворенность медицинской помощью больных. Н.В. Саввина и В.К. Григорьева [14], анализируя удовлетворенность больных РБ медицинской помощью в Якутии, указали на тесную ее взаимосвязь с организацией работы лечебно-профилактических учреждений, квалификацией медицинского персонала, а также с доступностью медицинской помощи.

В качестве совершенствования организации медицинской помощи больным РЗ в 2007 г. Институтом ревматологии РАМН был разработан и опубликован проект Федеральной целевой программы «Ревматические болезни 2008–2012 гг.» [9]. Программа включала в себя три направления: совершенствование медицинской, медико-социальной, медико-педагогической помощи взрослым и детям, больным ревматическими болезнями; научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы для научного обеспечения Программы; совершенствование подготовки кадров, оказывающих специализированную ревматологическую помощь. К сожалению, программа не была принята на федеральном уровне, а соответственно и в регионах. Однако имеется положительный региональный опыт, направленный на изменение ситуации. Так, научно-обоснованной и современной представляется организация ревматологической службы Хабаровского края [10] с четким распределением пациентов по уровням и этапам оказания медицинской помощи. Выделено три уровня оказания помощи больным: уровень первичной медико-санитарной помощи (ФАПы, амбулатории, участковые больницы, ЦРБ, городские больницы и поликлиники); уровень специализированной медицинской помощи (городские больницы и поликлиники, краевые государственные медицинские организации, негосударственные медицинские организации); уровень высокотехнологичной медицинской помощи (краевые государственные медицинские организации, негосударственные медицинские организации). На первом уровне предусматривается обращение пациента к участковому врачу. Если больной имеет более 3-х воспаленных суставов, утреннюю скованность более 30 мин. и положительный тест «сжатия», то он направляется к ревматологу (создана сеть для городских и сельских жителей). Диагноз устанавливается врачом-ревматологом, с рекомендациями которого пациент направляется на первый этап, либо (при необходимости) на третий. Ревматолог осуществляет и дальнейшее наблюдение за пациентом. В случае ревматоидного артрита активное наблюдение проводится через каждые три месяца на протяжении двух лет до достижения ремиссии. Пациенты имеют возможность

получать квалифицированную помощь на всех этапах: амбулаторном, стационарном, этапе реабилитации. Обращает на себя внимание интеграция в общую систему государственных и негосударственных медицинских организаций. Интересен также опыт создания окружных (межрайонных) ревматологических центров в Свердловской области для приближения специализированной ревматологической медицинской помощи населению [13]. Однако с учетом того, что каждый Субъект РФ имеет свою специфику (протяженность, площадь, коммуникации, различное количество муниципальных районов, демографические особенности и др.), полностью заимствовать опыт другого региона не представляется возможным.

**Заключение.** Ревматические заболевания являются общепризнанной медико-социальной проблемой современного общества. Однако имеющийся порядок оказания медицинской помощи больным имеет ряд существенных дефектов. Из ориентиров планирования приведены только штатные нормативы. Остается до конца не ясной маршрутизация пациентов. Не указана роль терапевтических отделений стационаров, в которых в реальной практике часто проходят лечение больные. Нет четкого указания на счет соотношения оказываемой медицинской помощи в ревматологических отделениях и Центрах. Не понятно, могут ли ревматологические отделения открываться на базах городских больниц и ЦРБ или являются только структурным подразделением Центра, типовая структура которого также не представлена. Имеются все предпосылки к тому, чтобы данный документ имел очень широкое реальное практическое толкование, что в результате не способствует улучшению качества медицинской помощи. Научных исследований в области организации медицинской помощи больным при РБ явно недостаточно, а имеющийся положительный опыт в отдельных регионах в силу специфики не может быть обобщен. Очевидна недооценка бремени РБ со стороны организаторов здравоохранения, что ведет к отсутствию правильных управленческих решений, дефектам и неэффективности организации медицинской помощи, усугублению медицинских и социальных проблем.

### Список литературы

1. Батудаева Т.И., Ефремова О.К., Доржиева С.Ц. Ревматологическая служба г. Улан-Удэ в 2003–2008 гг. // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2009. – № 2 (66). – С. 219-222.
2. Вайсман Д.Ш., Сороцкая В.Н., Балабанова Р.М. Достоверность показателей заболеваемости и смертности от болезней костно-мышечной системы жителей Тульской области // Научно-практическая ревматология. – 2014. – Т. 52. – № 1. – С. 44-48.
3. Виноградова И.Б. Ревматологическая служба и ревматические болезни в Ульяновской области // Научно-практическая ревматология. – 2008. – № 5. – С. 90-92.

4. Галушко Е.А. Медико-социальная значимость ревматических заболеваний: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2011. – 46 с.
5. Галушко Е.А., Эрдес Ш.Ф., Амирджанова В.Н. Особенности диагностики ревматоидного артрита в реальной клинической практике // Научно-практическая ревматология. – 2011. – Т. 1. – С. 21-26.
6. Демченко С.Г., Файзханова А.Л. Формирование конкурентной среды на рынке медицинских услуг // Вестник АГТУ. Сер.: Экономика. – 2014. – № 1. – С. 99-107.
7. Дубинина Т.В., Эрдес Ш.Ф. Причины поздней диагностики анкилозирующего спондилита в клинической практике // Научно-практическая ревматология. – 2010. – Т.2. – С. 43-48.
8. Комаров В.Т. Ревматологическая служба в Пензинской области: состояние и перспективы // Научно-практическая ревматология. – 2002. – 3. – С. 69-71.
9. Насонов Е.Л., Баранов А.А., Эрдес Ш.Ф., Алексеева Е.И., Ильин А.Г., Фоломеева О.М. Состояние специализированной ревматологической помощи взрослым и детям в Российской Федерации. Проект федеральной целевой программы «Ревматические болезни 2008–2012 гг.» // Научно-практическая ревматология. – 2007. – № 2. – С. 4-7.
10. Оттева Э.Н., Витько А.В., Кораблев В.Н. Организация ревматологической службы Хабаровского края // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2010. – № 7-8. – С. 7-12.
11. Павлова А.Б. Ревматологическая служба и заболеваемость ревматоидным артритом в Карачаево-Черкесской республике // Научно-практическая ревматология. – 2009. – № 5. – С. 83-85.
12. Пятилышнова О.М., Зеляева Н.В. Удовлетворенность пациентов качеством стационарной медицинской помощи // Вестник РУДН, серия Медицина. – 2010. – Т. 4. – С. 426-428.
13. Рябицева О.Ф. Ревматологическая служба Свердловской области: состояние и перспективы // Научно-практическая ревматология. – 2003. – № 1. – С. 73-75.
14. Саввина Н.В., Григорьева В.К. Оценка удовлетворенности пациентов качеством и доступностью специализированной ревматологической медицинской помощи в республике Саха (Якутия) // Якутский медицинский журнал. – 2011. – Т.4. – С. 60-63.
15. Шеметова Г.Н. Медико-социальное значение болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани в здоровье населения и организационная модель профилактической артрологии : дис... д-ра мед. наук. – М., 2004. – 336 с.
16. Юргель Н.В., Серегина И.Ф., Еремин Г.Б., Боева В.А., Козлов А.А., Анисимова Н.А. Всероссийское социологическое исследование «Изучение мнения населения Российской Федерации о доступности и качестве медицинской помощи». – М.: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, 2009. – 392 с.

17. Gamez-Nava JL, Gonzalez-Lopez L, Davis P, Suarez-Almazor ME. Referral and diagnosis of common rheumatic diseases by primary care physicians // Br. J. Rheumatol. – 1998. – V. 37. – P. 1215-1219.
18. Kumar K., Daley E., Carruthers D. et al Delay in presentation to primary care physicians is the main reason why patients with rheumatoid arthritis are seen late by rheumatologists // Rheumatology (Oxford). – 2007. – V. 46(9). – P. 1438-1440.

**Рецензенты:**

Боев М.В., д.м.н., заведующий кафедрой медицины катастроф ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет Минздрава России», г. Оренбург;

Каспрук Л.И., д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения №1 ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет Минздрава России», г. Оренбург.