

С.С. Максимова, Р.Н. Захарова, В.Г. Кривошапкин, Ш.Ф. Эрдес

О КАЧЕСТВЕ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

УДК 614.2(470.54)

Цель исследования. Изучение доступности и качества медицинской помощи больным ревматологического профиля.

Материалы и методы. Проведен опрос 3401 жителя сельской местности центральной зоны Республики Саха (Якутия) о прежнем ревматологическом диагнозе. Средний возраст респондентов составил $44,4 \pm 14,1$ лет. В гендерной структуре 54,9% – женщины, 45,1% – мужчины.

Результаты. Наличие ревматоидного артрита отметили 4,7%, остеоартроза – 1,5%, другого ревматологического диагноза – 3,7% респондентов. С суставными жалобами обращались к терапевту – 3,0%, ревматологу – 0,3%, врачам другой специальности – 0,5% жителей села. Ревматологический диагноз чаще выставлялся лицам женского пола и в старших возрастных группах. Терапевтами допущена значительная гипердиагностика ревматоидного артрита и недостаточная диагностика остеоартроза.

Заключение. Ревматологическая помощь сельскому населению республики является малодоступной и недостаточной, как по объему, так и по качеству.

Ключевые слова: прежний диагноз, ревматоидный артрит, остеоартроз.

Key words: predious diagnosis, rheumatoid arthritis, osteoarthritis.

Введение

Ревматические заболевания (РЗ), объединяющие многочисленные нозологические формы и синдромы, занимают важное место в патологии населения Российской Федерации (РФ). Одним из свидетельств этого является постоянно нарастающее число ревматологических больных, обращающихся за медицинской помощью в поликлиники страны и регистрируемых в ежегодных официальных отчетах Министерства здравоохранения и социального развития РФ [4]. Проведенное в начале 2000-х годов картографическое моделирование распространенности ревматических болезней среди населения различных регионов РФ показало неравномерность распределения изучаемого признака с преимущественной концентрацией территорий с высокими значениями распространенности РЗ (выше 135 на 1000 населения) в западных регионах РФ, тогда как в северо-восточной ее части преобладали регионы с гораздо более низкой распространенностью РЗ (до 35-50 на 1000 населения) [3]. Однако авторами учитывалось то, что в качестве первичного материала для картографического моделирования были использованы статистические отчетные данные по заболеваемости населения РЗ, основанные на обращаемости больных за медицинской помощью. Очевидно, что при таких

медленно развивающихся и длительно текущих заболеваниях, какими является большинство РЗ, обращаемость за врачебной помощью будет во многом определяться ее доступностью. Мнимое «благополучие» в северо-восточных регионах с неблагоприятным климатом, возможно, обусловлено отдаленностью, даже оторванностью многих мест проживания населения от пунктов оказания медицинской помощи, особенно – специализированной, в данном случае – ревматологической. В таких условиях ревматологический больной просто не имеет возможности обратиться к врачу, быть осмотренным, соответствующим образом зарегистрированным и включенным в сводку по общей заболеваемости населения данного региона. Исходя из вышеизложенного, целью нашего исследования явилось изучение доступности и качества медицинской помощи больным ревматологического профиля.

Материалы и методы

Исследования проведены группой эпидемиологии и профилактики ревматических болезней ФГНУ «Институт здоровья» в Республике Саха (Якутия) в 2004 г. в рамках межрегиональной программы «Социальные и экономические последствия ревматических заболеваний» (разработчики – ГУ Институт ревматологии РАМН, Ревматологический центр МЗ РФ, Ассоциация ревматологов России). Проведено сплошное одномоментное исследование сельских жителей Центральной зоны республики. К началу скрининга в местной администрации был получен полный список населения старше 18 лет, численность которых составила 4128 чел. Скринирующая анкета, содержащая вопрос о прежнем ревматологическом диагнозе и кем из специалистов он поставлен, заполнялась

средним и врачебным медицинским персоналом при подворном обходе и в организованных коллективах на каждого жителя индивидуально. Всего был проанкетирован 3401 житель села, что составило 82,4% от первоначального списочного состава взрослых жителей. В гендерной структуре исследованных наблюдалось преобладание лиц женского пола – 54,9%, 45,1% – мужчины. В возрастной структуре наибольшую часть выборки составили лица среднего возраста (40–49 лет) – 30,8%, наименьшую – лица старческого возраста (80–89 лет) – 0,7%. Средний возраст респондентов составил $44,4 \pm 14,1$ лет. Анализ результатов исследования был осуществлен в пакете прикладных программ Statistika 6.0 и SPSS 11.5. Статистическая обработка материалов проводилась с использованием методов описательной статистики; для сравнения частот качественных признаков применялись критерий хи-квадрат Пирсона с поправкой Йетса на непрерывность (χ^2); сила взаимосвязи между качественными признаками определялась при помощи теста Крамера (V); для ранжированных признаков определялся коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r).

Результаты

На вопрос о прежнем ревматологическом диагнозе наличие ревматоидного артрита (РА) отметил 161 чел. (4,7%), остеоартроза (ОА) – 49 (1,5%), «другого диагноза» – 125 (3,7%) (таблица). На вопрос о специалисте, поставившем диагноз, ответили положительно 128 (3,8%) опрошенных, в том числе 3,0% были осмотрены терапевтом, 0,3 и 0,5% – ревматологом и врачом другой специальности соответственно. Большинство диагнозов РА, ОА и «другого диагноза» были отмечены без указания специалиста (64,0; 59,2 и 60,0% соответственно). В

МАКСИМОВА Светлана Семеновна – м.н.с. ФГНУ «Институт здоровья». т.: 36-15-36, e-mail: svetlana.maksimo@mail.ru;
ЗАХАРОВА Раиса Николаевна – к.м.н., с.н.с., руководитель группы эпидемиологии и профилактики ревматических болезней;
КРИВОШАПКИН Вадим Григорьевич – д.м.н., проф., директор ФГНУ «Институт здоровья»; **Эрдес Шандор** – д.м.н., зам. директора по научной работе ГУ Институт ревматологии РАМН.

Частота прежнего диагноза в зависимости от специалиста (n=3401)

Прежний диагноз	Специалист												Итого		
	нет			терапевт			другой врач			ревматолог					
	абс.	%*	%**	абс.	%*	%**	абс.	%*	%**	абс.	%*	%**	абс.	%*	%**
Нет	3066	93,7	100,0										3066	90,1	100,0
РА	103	3,1	64,0	49	48,5	30,4	4	25,0	2,5	5	45,5	3,1	161	4,7	100,0
«Другой»	75	2,3	60,0	39	38,6	31,1	10	62,5	8,6	1	9,0	0,8	125	3,7	100,0
ОА	29	0,9	59,2	13	12,9	26,5	2	12,5	4,1	5	45,5	10,2	49	1,5	100,0
Всего*	3273	100,0	96,2	101	100,0	3,0	16	100,0	0,5	11	100,0	0,3	3401	100,0	100,0

* По столбцу; ** По строке/

структуре прежнего диагноза были выявлены статистически значимые различия в зависимости от поставившего диагноз специалиста ($\chi^2=1263,76$; $df=9$; $p<0,001$; $V=0,35$): терапевтом почти в половине случаев выставлен РА (48,5%), в 38,6% - «другой диагноз» и лишь в 12,9% - ОА; ревматологом в 45,5% случаев выставлены РА и ОА, в 9% - «другой диагноз»; врачами другой специальности в большинстве случаев выставлен «другой диагноз» (62,5%), в 25% - РА, в 12,5% - ОА.

Частота прежнего диагноза статистически значимо зависела от пола и возраста больных. Все три вида ревматологического диагноза почти вдвое чаще выставлялись лицам женского пола, чем мужского (6,1% против 3,1; 2,0% против 0,8 и 4,0% против 2,2 соответственно) ($\chi^2=37,57$; $df=3$; $p<0,001$; $V=0,10$) (рис. 1). Наиболее частым диагнозом явился РА у женщин (6,1%), наименее частым - ОА у мужчин (0,8%).

При анализе зависимости частоты прежнего диагноза от возраста оказалось, что частота РА и ОА положительно коррелирует с возрастом ($r=0,83$; $p=0,01$ и $r=0,95$; $p<0,001$ соответственно), тогда как частота «другого диагноза» с возрастом статистически значимо не коррелирует ($r=0,23$; $p>0,05$) (рис. 1). В возрастной группе 18-19 лет ставился только «другой диагноз»; в 20-29 лет все три вида диагноза ставились практически с одинаковой частотой; в 30-39 лет чаще ставился «другой диагноз», несколько реже - РА и совсем редко - ОА. Начиная с возрастной группы 40-49 лет до возрастной группы 80-89 лет с наибольшей частотой ставился РА, с наименьшей - ОА. В возрастной группе 80-89 лет наиболее часто ставился ОА (12,5% против 4,2 РА). РА ставился с наибольшей частотой в возрастной группе 60-69 лет; ОА - в возрастной группе 80-89 лет; «другой диагноз» - в возрастной группе 50-59 лет ($\chi^2=130,97$; $df=21$; $p<0,001$; $V=0,11$). Суммарно ревматологический диагноз с наибольшей частотой ставился в возрастной группе 60-69 лет, с наименьшей - в возрастных группах 18-19 и 20-29 лет.

При изучении структуры «другого диагноза» выявлено, что исследуемым наиболее часто ставились диагнозы ревматизм и остеохондроз; 8,0% составил полиартрит; остальные диагнозы встречались с меньшей частотой (рис. 2).

Нозологический спектр «другого диагноза» зависел от возрастной группы ($\chi^2=117,68$; $df=60$; $p<0,001$; $V=0,40$) (рис. 3). Лицам в возрасте 60-79 лет в большинстве случаев ставился диагноз ревматизм, тогда как в возрасте 30-59 лет примерно с одинаковой частотой ставились диагнозы ревматизм и остеохондроз.

Поскольку основная часть опрошенных не указала на наличие прежнего диагноза (90,1%) и обращения к специалисту (96,2%), нами был проведен отдельный анализ прежнего диагноза среди лиц с суставными жалобами.

Среди лиц с жалобами на боли в коленных и/или тазобедренных суставах (n=1525) на вопрос о прежнем диагнозе наличие РА отметили 150 (9,8%), ОА - 41 (2,7%), «другого диагноза» - 85 (5,6%) опрошенных. Большинство исследованных отрицали наличие прежнего диагноза (81,9%).

Среди лиц с жалобами на припухание суставов

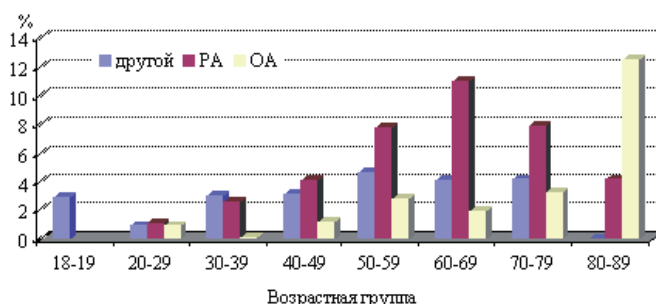


Рис. 1. Частота прежнего диагноза в зависимости от возраста (n=3401)

(n=653) на вопрос о прежнем диагнозе наличие РА отметили 104 (15,9%), ОА - 27 (4,1%), «другого диагноза» - 43 (6,6%) опрошенных. 73,4% исследованных отрицали наличие прежнего диагноза.

Нами также была проанализирована частота совпадения прежнего диа-

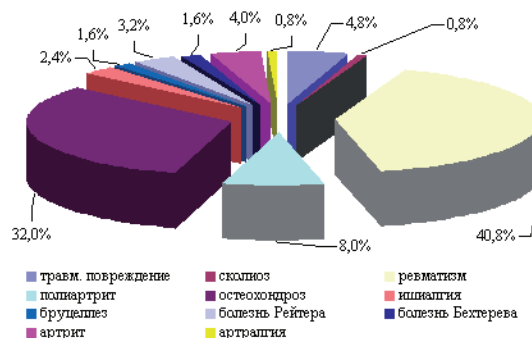


Рис. 2. Структура «другого диагноза» (n=125)

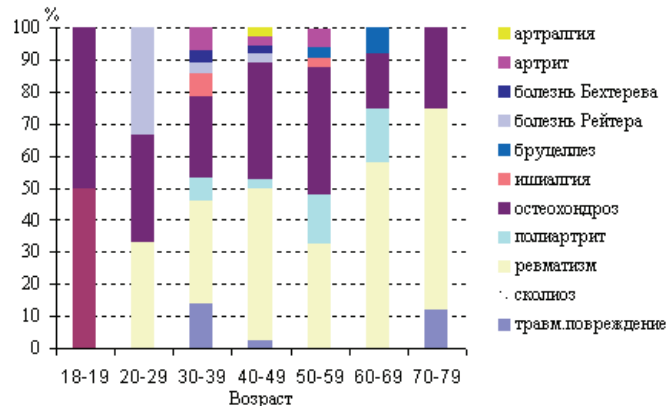


Рис. 3. Структура «другого диагноза» в зависимости от возраста (n=125)

гноза с диагнозом, установленным в результате проведения диагностического этапа. В частоте совпадения диагнозов были выявлены статистически значимые различия в зависимости от того, кем был поставлен диагноз. В частности, диагноз РА, поставленный ревматологом, подтвердился в 100% случаев, тогда как поставленный терапевтом – только в 5% ($p=0,001$). В остальных 85% случаев терапевтом был поставлен РА у больных ОА, в 10% – у больных другой патологией. Большинству больных ОА, обратившихся к терапевтам, диагноз был неправильно верифицирован (88,9%).

Обсуждение

Высокая частота ревматоидного артрита в качестве прежнего диагноза, как среди всех опрошенных, так и среди лиц с суставными жалобами, была обусловлена, как показали результаты дальнейших исследований, его гипердиагностикой. Частота постановки диагноза РА среди сельских жителей РС (Я) намного превышала аналогичные данные, полученные в средней полосе (г. Иваново) и южном регионе РФ (Республика Ингушетия) – 4,7% против 1,2 и 0,73 соответственно [1, 2]. Диагностика остеоартроза, напротив, оказалась недостаточной, о чем свидетельствует его низкая частота в качестве прежнего диагноза вследствие неправильной верификации диагноза у больных ОА, выявленным впоследствии на диагностическом этапе. Частота диагноза ОА в исследованной выборке оказалась намного ниже

аналогичных данных, полученных в других регионах РФ (1,5% против 5,3 и 4,2 в средней полосе и южном регионе соответственно) [1, 2]. Крайне низкий уровень обращаемости к специалистам (менее половины лиц с ревматологическим диагнозом), вероятно, был связан с тем, что часть респондентов действительно не обращалась к врачу вследствие проживания в отдаленной местности, неудобства транспортной схемы, предпочтения альтернативных методов лечения и других социально-экономических факторов. Реже всего, как это ни парадоксально, ревматологические больные обращались к ревматологу, поскольку консультативная помощь всему сельскому населению республики представлена приемом только одного ревматолога, работающего лишь на 0,5 ставки в Республиканской больнице №1. Подобное недостаточное внимание к ревматологической патологии со стороны как врачей, так и пациентов было выявлено и в других регионах РФ, в частности в г. Иваново, где также «большинство больных с жалобами со стороны суставов не знали о своем заболевании и никуда по этому поводу не обращались» [2]. Более высокая частота ревматологических диагнозов у женщин еще раз позволяет рассматривать женский пол как один из факторов риска суставной патологии. Диагнозы РА и ОА наиболее часто ставились лицам в возрасте 60-69 и 80-89 лет соответственно, что подтверждает представление о суставной патологии

как болезни пожилых людей. Высокая частота диагноза ревматизм в структуре «другого диагноза» обусловлена, вероятнее всего, его гипердиагностикой, особенно в старших возрастных группах. Гипердиагностику РА и недостаточную диагностику ОА, допущенные терапевтами, можно объяснить их низкой компетентностью в диагностике суставной патологии.

Заключение

Ревматологическая помощь сельскому населению республики оказывается в недостаточном объеме и с ненадлежащим качеством, в частности терапевтами допускается значительная гипердиагностика РА (на 95%) и недостаточная диагностика ОА (на 88,9%); специализированная консультативная помощь является крайне малодоступной (0,5 ставки ревматолога на все сельское население республики).

Литература

1. Базоркина Д.И. Суставная патология среди жителей Республики Ингушетия: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.39: защищена 14.04.06 / Д.И. Базоркина. – М., 2006. – 27 с.
2. Распространенность суставных жалоб среди населения г. Иваново / С.Е. Мясоедова [и др.] // Научно-практ. ревмат. – 2006. – №2. – С. 18-21.
3. Статистически-картографическое моделирование распространенности ревматических болезней среди населения различных регионов Российской Федерации / Ш. Эрде [и др.] // Терап. архив. – 2004. – №5. – С. 40-45.
4. Фоломеева О.М. Ревматическое заболевание у взрослого населения в федеральных округах Российской Федерации / О.М. Фоломеева, Ш. Эрде // Научно-практ. ревмат. – 2006. – №2. – С. 4-9.

С.Г. Васильева, Д.А. Алексеев

О СОЦИАЛЬНОМ ПАРТНЕРСТВЕ ЯКУТСКОГО БАЗОВОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА С НАЦИОНАЛЬНЫМ ЦЕНТРОМ МЕДИЦИНЫ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия) лечебно-профилактические учреждения являются клиническими базами для подготовки будущих средних медицинских работников.

В Республике Саха (Якутия) специализированным многопрофильным больничным комплексом, центром высоких медицинских технологий явля-

ВАСИЛЬЕВА Светлана Герасимовна – к.п.н., засл. работник здравоохранения РС(Я), зам. директора ЯБМК, т. (4112)433327, 434147; **АЛЕКСЕЕВ Дмитрий Афанасьевич** – к.м.н., доцент, засл. врач РФ, директор ЯБМК.

ется Республиканская больница №1-Национальный центр медицины. В настоящее время в Центре развернуты и функционируют 6 структурных подразделений, которые в своем составе имеют 45 клинических специализированных отделений с фондом: 742 койки, 5 отделений реанимации на 52 койки, дневные стационары на 26 коек. В этом центре в 2000 г. выдающимся кардиохирургом, академиком Ю.Л.Шевченко впервые в республике проведены операции на открытом сердце. Мы гордимся тем, что операционной медицинской сестрой была наша выпускница Мартынова Татьяна Николаевна.

С момента своего открытия РБ №1-НЦМ является основной клинической базой Якутского базового медицинского колледжа (ЯБМК). Начиная с 1995 г. работа ЯБМК с Национальным центром медицины проводится на основе подписанных договоров о совместном сотрудничестве. Для обеспечения качественной подготовки студентов нашего колледжа на данной клинической базе организуются все виды практики.

Ежегодно в начале учебного года отдел практики ЯБМК с главным специалистом по сестринскому делу РБ №1-НЦМ Яковлевой А.В. разрабаты-