

Трибуна ревматолога

Организация ревматологической помощи населению Хабаровского края

Э.Н. Оттева, А.В. Витько, В.Н. Кораблев

ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.И. Сергеева»

Министерство здравоохранения Хабаровского края

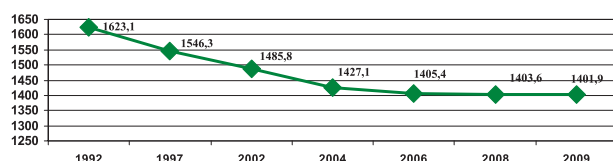
ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Хабаровский край занимает центральную часть российского Дальнего Востока, является одним из крупнейших по размерам административно-территориальных образований Российской Федерации (РФ). Его площадь составляет 787,6 тыс. км², или 4,6% территории России (4 место в Российской Федерации). На долю Хабаровского края приходится 12,7% всей территории Дальневосточного Федерального округа (ДФО) и 21,5% его численности.

Динамика численности населения Хабаровского края за период с 1992 по 2009 г. представлена на рис. 1, из которого следует, что за период с 1992 по 2009 г. численность постоянного населения Хабаровского края снизилась на 13,7% и по состоянию на 01.01.2009 г. составила 1401,9 тыс. чел. (0,99 % от численности населения Российской Федерации). По численности населения край занимает 2-е в ДФО и 35-е место — в России.

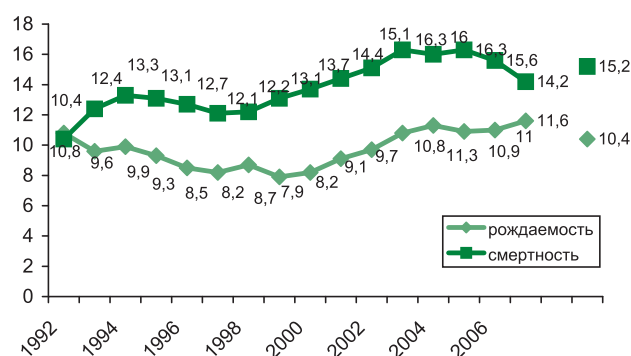
Рисунок 1
ДИНАМИКА ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
ХАБАРОВСКОГО КРАЯ ЗА ПЕРИОД С 1992 ПО 2009 гг.
(ТЫС. ЧЕЛ.)



Ежегодные темпы снижения численности населения в крае составляют около 1%, что соответствует таковым по Российской Федерации. С 2000 г. численность населения сокращалась, главным образом, по причине естественной убыли (превышение смертности над рождаемостью), которая приобрела долговременный характер и по прогнозу сохранится до 2026 г. (рис. 2).

Адрес: г.Хабаровск,
ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1
им. проф. С.И. Сергеева»

Рисунок 2
ДИНАМИКА РОЖДАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ В
ХАБАРОВСКОМ КРАЕ ЗА ПЕРИОД С 1992 ПО 2008 гг.
НА 100 000 НАСЕЛЕНИЯ (15,2 И 10,4 – ПОКАЗАТЕЛИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ)



Плотность населения в среднем по краю на 1 января 2009 г. составила 1,8 чел. на 1 кв. км, что в 1,6 раза выше, чем в ДФО, и в 4,6 раза меньше, чем по России в целом. Специфические особенности расселения населения обусловлены значительной протяженностью территории, удаленностью населенных пунктов от краевого и районных центров, сложной транспортной связью, что неизбежно отражается на доступности и качестве медицинской помощи жителям края.

В Хабаровском крае остается стабильно высокой заболеваемость костно-мышечной системы (в 2009 г. общая заболеваемость составила 10312 случаев и первичная — 2563,8 случаев на 100 тыс. населения). В 2008 г. в структуре общей заболеваемости взрослого населения болезни костно-мышечной системы составили 9,4%, в структуре впервые выявленных больных — 5%. Ревматические заболевания (РЗ), в целом по Хабаровскому краю занимают стойкое 2 место по временной нетрудоспособности и 4 место — по выходу на инвалидность, что является основанием для разработки комплекса мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности от РЗ [5,6,7,16].

Ревматологическая служба на уровне субъекта федерации должна являться структурно-функцио-

нальным элементом общей системы здравоохранения региона.

Порядок функционирования ревматологической службы в Российской Федерации (далее – ревматологическая служба) в настоящее время определен следующими приказами Минздравсоцразвития РФ:

1. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 13.10.2005 № 633 «Об организации медицинской помощи». Приказом определено, что на уровне первичной медико-санитарной помощи ревматологическая помощь может быть организована в муниципальном районе (поликлиника, центральная районная больница), в городском округе (городская поликлиника, центр, медсанчасть, городская больница); на уровне специализированной медицинской помощи ревматологическая помощь может быть организована в учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации (областная, краевая, республиканская, окружная больница); на уровне высокотехнологичной медицинской помощи ревматологическая помощь может быть организована в федеральных специализированных учреждениях.

2. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.01.2007 № 29 «О совершенствовании организации ревматологической помощи детям в Российской Федерации».

3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.06.2007 № 444 «О мерах по совершенствованию организации ревматологической медицинской помощи населению Российской Федерации».

К недостаткам указанных приказов следует отнести тот факт, что они не содержат материалов, касающихся системных вопросов организации ревматологической помощи населению на всех уровнях управления (федеральный, региональный, муниципальный), в том числе в части формирования организационной инфраструктуры, ресурсного и технологического обеспечения, оценки эффективности ревматологической помощи населению.

Концепция и научно-методическое обеспечение развития ревматологической службы края созданы нами с учетом исследований В.Н.Кораблева (Хабаровск), посвященные формированию специализированных служб в здравоохранении на уровне региона [3].

Основными приоритетами концепции формирования ревматологической службы в Хабаровском крае являются:

1. Формирование организационной инфраструктуры ревматологической службы края с учетом уровней, видов и этапов специализированной помощи.

2. Разработка стандартов ресурсного и технологического обеспечения ревматологической службы (табеля оснащения медицинским оборудованием, медико-экономические стандарты, квалификационные характеристики специалистов).

3. Разработка показателей оценки эффективности деятельности ревматологической службы, внедрение аудита эффективности.

Генеральной целью предлагаемой концепции является повышение качества оказания ревматологической помощи населению на уровне субъекта Федерации при повышении эффективности использования ресурсов здравоохранения.

В задачи по реализации концепции входят:

1. Анализ влияния ревматических заболеваний на показатели здоровья населения Хабаровского края (спрос населения на услуги).

2. Анализ организации и ресурсной базы ревматологической помощи населению Хабаровского края (предложение услуг). Выявление основных рисков оказания ревматологической помощи жителям Хабаровского края в части нормативного правового, ресурсного и технологического обеспечения. Эти риски могут быть связаны с поздней диагностикой заболевания, несвоевременным назначением адекватной терапии, нарушением стандартов лечения, неадекватным наблюдением за больным.

3. Разработка и внедрение нормативного правового и научно-методического инструментария формирования ревматологической службы Хабаровского края.

Для достижения поставленных задач в Хабаровском крае существует поуровневая организационная структура здравоохранения, включающая первичную медико-санитарную, специализированную и высокотехнологичную помощь (рис. 3), Хабаровского края

Рисунок 3

ПОУРОВНЕВАЯ ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

I уровень – Первичная медико-санитарная помощь

ФАПы, амбулатории, участковые больницы, центральные и районные больницы, городские больницы и поликлиники

II уровень – Специализированная медицинская помощь

Городские больницы и поликлиники, краевые государственные уч-реждения, негосударственные учреждения здравоохранения

III уровень – Высокотехнологичная медицинская помощь

Краевые государственные учреждения, негосударственные учреждения здравоохранения

Первичная медико-санитарная помощь (I уровень) предусматривает обращение пациента к терапевту, семейному врачу или врачу общей практики, которые осуществляют первичный осмотр, оказывают первичную помощь и решают, где будет лечиться больной и куда его направить в случае неясного диагноза.

Согласно принятым упрощенным критериям EULAR (P. Emery, 2002) [8, 11], если больной имеет более 3-х воспаленных суставов, утреннюю скованность более 30 мин и положительный тест «сжа-

тия», то пациент немедленно, при минимально проведенном обследовании: общий анализ крови и рентгенограмма кистей должен быть направлен к ревматологу городского клинко-диагностического центра или в городскую поликлинику к ревматологу. Диагноз ревматоидного артрита (РА) или другого ревматического заболевания должен устанавливаться ревматологом с определением активности болезни. После уточнения диагноза в стандартной ситуации пациент возвращается с рекомендациями к 1 звену первичной медико-санитарной помощи [1,2].

В противном случае больной направляется к ревматологу в те лечебные учреждения, где имеется специалист (**II уровень**). Для этого в 1, 3, 5, 11, 15 поликлиниках г. Хабаровска работают ревматологические кабинеты. Для Хабаровского муниципального района имеются специалисты поликлиники государственного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.И.Сергеева» (далее – ГУЗ ККБ №1) либо «Клинко – диагностического центра «Вивея» Министерства здравоохранения края. Для жителей г. Комсомольска-на-Амуре и окружающих муниципальных районов (Комсомольский, Амурский, Солнечный, Ванинский, Советско-Гаванский) создано также государственное учреждение здравоохранения «Клинко-диагностический центр» Министерства здравоохранения края, где работают 2 обученных ревматолога. В данных лечебных учреждениях после осмотра больного проводится дообследование: количественное определение С-реактивного белка, ревматоидного фактора и антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП). В сложных случаях больной переходит на **III уровень**.

При повторном осмотре ревматолог подсчитывает индексы активности болезни по DAS28 и функциональный индекс HAQ, после чего назначается базисная терапия, проводится обучение по созданной структурированной программе школы больного РА [9,10,12,17].

Как правило, подобные действия, подбор основной базисной терапии проводится в ревматологическом отделении (**III уровень**). После выписки из ГУЗ ККБ № 1 пациент вновь возвращается к ревматологу, обычно уже с изменившейся активностью болезни по DAS28 и улучшенным качеством жизни.

Далее каждые 3 месяца ревматолог в интенсивном режиме обязан осматривать больного, подсчитывать параметры активности и HAQ и проводить коррекцию терапии, и так в течение 2-х лет до достижения ремиссии РА [10].

В крае функционируют три этапа оказания медицинской помощи: I – поликлинический; II – стационарный, III – реабилитационный (кабинеты лечебной физкультуры ЛПУ края, государственные учреждения здравоохранения «Краевой клинический центр восстановительной медицины и реабили-

литации» и Больница восстановительного лечения «Анненские воды» Министерства здравоохранения края).

Поликлинический этап имеется на всех трех уровнях оказания специализированной помощи. На I уровне врач общей практики только наблюдает пациента согласно рекомендациям ревматолога и своевременно направляет его на консультацию к специалисту для коррекции терапии.

На II уровне, в муниципальных учреждениях здравоохранения, где уже имеются специалисты – ревматологи, амбулаторное ревматологическое отделение, пациенты не только наблюдаются, но на данном этапе им проводится мониторинг с определением показателей индексов активности болезни, и ревматолог сам корректирует лечение либо решает вопрос о направлении больного на консультацию к ортопеду или переводе его на II этап – стационарный. В случае стабильных показателей пациент направляется на III этап в ГУЗ «Краевой клинический центр восстановительной медицины и реабилитации» Министерства здравоохранения края, где в течение двух недель получает возможные реабилитационные услуги (сеансы психотерапии, физиолечение, лечебную физкультуру), для чего центр оснащен современной аппаратурой.

Стационарный этап в крае функционирует на базе краевого клинического ревматологического центра (далее – Центр), созданного в ГУЗ ККБ №1, где концентрируются наиболее тяжелые ревматические больные (рис.4).

Как видно из структуры Центра, в нем имеется широкая возможность диагностировать практически все РЗ, включая остеопороз. Мы считаем очень важным взаимодействие с травматологами – ортопедами, которые проводят по показаниям диагностическую и лечебную артроскопию, переводят больных на эндопротезирование.

Рисунок 4

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА КРАЕВОГО КЛИНИЧЕСКОГО РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА



Больные РА при поступлении в ревматологическое отделение в 98% случаев имеют III степень

активности; II степень диагностируется только у экспертных больных, которые направляются МСЭ (медико-санитарной экспертизой). В ревматологическом отделении решается вопрос о смене стратегии ведения больного: перевод на комбинированную терапию или высокотехнологичное лечение с использованием генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП). В обязанности ревматологического отделения входит решение вопроса о возможности проведения данной терапии и выполнение только I этапа (1–2 инфузии). При хорошей переносимости больной переводится для дальнейшего наблюдения в поликлинику (II уровень) по месту жительства, где, согласно лекарственной КЭК ГУЗ ККБ №1, получает соответствующий ГИБП. Для ведения больных, контроля, заполнения регистра на пациентов, находящихся на высокотехнологичном лечении, в Центре создан антицитокинный кабинет с койками дневного стационара [4]. С полученным в аптеке препаратом пациент приходит на III уровень в антицитокинный кабинет для инфузии препарата и определения дальнейшей тактики ведения.

Реабилитационный этап в крае реализуется главным образом в ГУЗ «Краевой клинический центр восстановительной медицины и реабилитации» Министерства здравоохранения Хабаровского края. Данное лечебное учреждение принимает пациентов на реабилитацию как с амбулаторного приема от ревматолога или ортопеда, так из ревматологического или травматологического и ортопедического отделений для дальнейшей разработки функции суставов. Реабилитация также проводится в тех муниципальных учреждениях здравоохранения, где созданы условия для проведения ЛФК, физиолечения и пр. (по желанию пациента).

В конечном итоге предлагается следующая структура ревматологической службы Хабаровского края (рис. 5).

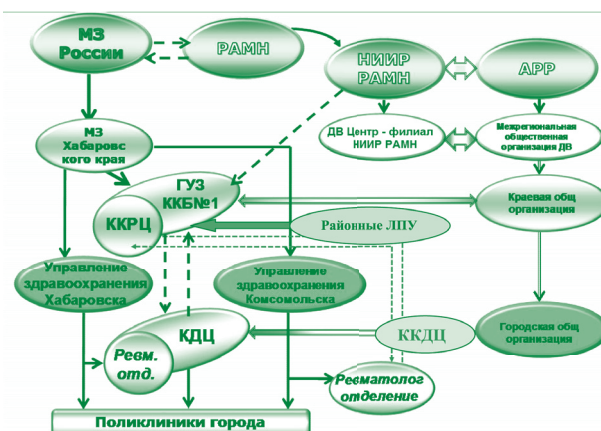
Из рис. 5 следует, что краевой клинический ревматологический центр функционирует во взаимодействии с Министерством здравоохранения Хабаровского края, НИИР РАМН и АРР. Центр осуществляет лечебную, консультативно-диагностическую, научно-методическую работу по организации ревматологической помощи на региональном и муниципальном уровнях.

Для успешного решения задач, стоящих перед ревматологической службой, одну из главных ролей, по нашему мнению, должен играть главный (внештатный) специалист Министерства здравоохранения Хабаровского края, который должен выполнять следующие основные функции:

1. Разрабатывать, предлагать к обсуждению и утверждению на уровне органов управления здравоохранением концепцию развития ревматологической службы в регионе.
2. Формировать организационную структуру ревматологической службы.
3. Определять уровни, этапы и виды медицин-

Рисунок 5.

СТРУКТУРА РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ



Сокращения: РАМН – Российская Академия Медицинских наук, НИИР РАМН – Учреждение Российской академии медицинских наук Научно-исследовательский институт ревматологии РАМН, АРР – Общероссийская общественная организация «Ассоциация ревматологов России», ККРЦ – краевой клинический ревматологический центр, КДЦ – клиничко-диагностический центр г. Хабаровска (муниципальное учреждение), ККДЦ – краевой клиничко-диагностический центр (краевое учреждение).

ской помощи в соответствии с ее утвержденной организационной структурой.

4. Разрабатывать регламенты деятельности ревматологической службы и ее специалистов в соответствии с утвержденной организационной структурой по уровням оказания медицинской помощи (например: регламент краевого центра ревматологической помощи населению, регламент ревматологического отделения, регламент дневного стационара, регламент кабинета ревматолога).

5. Разрабатывать порядок движения потоков пациентов в соответствии с утвержденной организационной структурой ревматологической службы, уровнями, этапами и видами медицинской помощи.

6. Разрабатывать квалификационные характеристики специалистов ревматологической службы по уровням оказания медицинской помощи.

7. Организовывать разработку и введение табелей оснащения медицинским оборудованием структур ревматологической службы в соответствии с организационными принципами деятельности ревматологической службы, уровнями, этапами и видами медицинской помощи на основе действующей нормативной правовой базы Российской Федерации и региона.

8. Разрабатывать и организовывать введение региональных медико-экономических стандартов в деятельность учреждений здравоохранения края в соответствии с действующими нормативными правовыми актами Российской Федерации и региона на основе утвержденных федеральных стандартов.

9. Организовывать разработку и внедрение показателей оценки эффективности деятельности ревма-

тологической службы в соответствии с ее организационной структурой и уровнями оказания медицинской помощи.

10. Осуществлять контроль и аудит эффективности деятельности ревматологической службы по целевым показателям с определением результативности медицинской деятельности и рейтинга с предоставлением информации в орган управления здравоохранением (полугодовая, годовая). Разрабатывать предложения по повышению эффективности деятельности ревматологической службы края.

Таким образом, ревматологическая служба в Хабаровском крае сформировалась как органи-

зационно-функциональная подсистема системы здравоохранения края, охватывающая государственный и муниципальный уровни здравоохранения, нацеленная на достижение запланированных целевых показателей путем использования стандартизованных организационных и медицинских технологий, а также ресурсов здравоохранения, целью которой является организация, нормативное правовое обеспечение и сопровождение оказания населению доступной ревматологической помощи установленного качества при эффективном использовании ресурсов отрасли.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вартамян К.Ф. Проблемы специализированных служб. *Здравоохран.*, 2004, 8, 41 – 5.
2. Воробьев П.А., Авксентьева М.В., Воробьев А.И. Концепция создания профессиональных служб в здравоохранении. *Пробл. стандарт. в здравоохран.*, 2006, 7, 3 – 5.
3. Кораблев В.Н. Использование инновационных технологий управления для повышения эффективности здравоохранения региона. – Хабаровск: Изд-во ГОУ ВПО ДВГМУ, 2009, 199 с.
4. Лукина Г.В. Первый антицитокинный центр в России: 2 года успешной клинической практики. *Научно-практич. ревматол.*, 2007, 4, 29–31.
5. Насонов Е.Л., Каратеев Д.Е. Современные стандарты фармакотерапии ревматоидного артрита. *Клин. фарм. и терапия*, 2005, 14, 1– 4.
6. Ревматология. Национальное руководство /под ред. Насонова Е.Л., Насоновой В.А., М., Изд. гр. «ГЭОТАР. – Медиа», 2008, 714 с.
7. Эрдес Ш.Ф., Фоломеева О.М. Проблема ревматических заболеваний в России. *Русск. мед. журн.*, 2004, 20, 12, 1121–2.
8. Breedveld F., R. van Vollenhoven. *Advances in the management of rheumatoid arthritis. Ed. Ann. Rheum. Dis.*, 2009, May, 1–25.
9. *Advances in the management of rheumatoid arthritis. Ann. Rheum. Dis., Satellites*, 2009, 5, 1–22.
10. Aletaha D., Ward M.M., Machold K.P., et al. Remission and active disease in rheumatoid arthritis: defining criteria for disease activity states. *Arthritis Rheum.*, 2005, 52, 2625–36.
11. American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines. *Guidelines for the management of rheumatoid arthritis. 2002 Update, Arthritis Rheum.*, 2002, 46, 328–46.
12. British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology guideline for the management of rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 2009, 1, 1–23.
13. Choy E., Khoshaba B. Development and validation of a patient – Based Disease Activity Score in rheumatoid arthritis that can be used in clinical trials and routine practice. *Arthritis Rheum.*, 2008, 59, 2, 192–9.
14. Leeb B., Andel I. Disease Activity Measurement of rheumatoid arthritis: comparison of simplified Disease Activity Index (SDAI) and Disease Activity Score including 28 joints (DAS28) in daily routine. *Arthritis Rheum.*, 2005, 53, 1, 56 – 60.
15. Makinen H., Kautiainen H., Hannonen T. et al. Disease Activity Score 28 as an instrument to measure disease activity in patients with early rheumatoid arthritis. *J. Rheum.*, Copyright, 2007, 1987 – 90.
16. Pincus T., Callahan F. Mortality in rheumatoid arthritis. *Bull. Rheum. Dis.*, 1992, 41, 1–7.
17. Pincus T., Sokka T. Quantitative measures for assessing rheumatoid arthritis in clinical trials and clinical care. *Best Pract. Res Clin Rheumatol.*, 2003, 17, 753–81.

Поступила 23.09.09