

ПЪТЯТ НА ПАЦИЕНТА С РЕВМАТИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ В БЪЛГАРИЯ – НАВРЕМЕННА ИЛИ ЗАКЪСНЯЛА ДИАГНОЗА

Н. Николов¹, М. Панчовска² и З. Коларов³

¹Ревматологично отделение, Медицински университет – Плевен

²Катедра по пропедевтика на вътрешните болести, Медицински университет – Пловдив

³Клиника по ревматология, МУ – София

THE ROUTE OF PATIENTS WITH RHEUMATIC DISEASES IN BULGARIA: PROMPT OR DELAYED DIAGNOSIS

N. Nikolov¹, M. Panchovska² and Z. Kolarov³

¹Department of Rheumatology, Medical University – Pleven

²Department of Internal Disease Propedeutics, Medical University – Pleven

³Clinic of Rheumatology, Medical University – Sofia

Резюме. Организацията на здравната система в ревматологичната помощ, капацитетът и подготовката на личните лекари за управлението на ревматичните болести, нагласата и готовността за съдействие на пациентите в лечебно-диагностичния процес определят своевременно поставената ревматологична диагноза и оттам и адекватното лечение. Социалната значимост на тези заболявания изведоха на преден план тези проблеми в световното и особено в европейското здравеопазване. Този въпрос стана актуален и в организацията на ревматологичната помощ в България. Пътят на пациента с ревматично заболяване от първите симптоми до поставената от специалист ревматолог диагноза и включено лечение понякога е дълъг и е свързан с много страдание за болния, както и с излишни лични и обществени разходи. В настоящата статия се анализира пътят на пациента до кабинета на ревматолога, а също и причините за забавянето на диагнозата.

Ключови думи: доболнична ревматологична помощ, консултация, общопрактикуващи лекари

Summary. The organization of the health system concerning rheumatological care, the capacity and training of the GPs for the management of rheumatic disorders, their attitude and willingness to assist patients in the diagnostic procedures determine the correct diagnosis of rheumatological diseases and the subsequent adequate treatment. The social significance of musculoskeletal disorders brought to the foreground these issues in the healthcare systems of Europe and worldwide. These issues have become a problem of the present day in Bulgaria as well. The route of patients with rheumatic disorders from their first symptoms to the diagnosis determined and therapy administered by a specialist in rheumatology, is sometimes lengthy and involves a lot of suffering for the patients and unnecessary personal and social costs. In this paper we analyze the route of the patients to the rheumatologist's consulting office, and the reasons for delays in diagnosis.

Key words: outpatient rheumatological care, consultation, general practitioner

Увод

Постиженията, свързани с възпалителните артропатии – ревматоиден артрит (РА), анкилозиращ спондилит (АС) и псориаичен артрит (PSA), очертаха лечението им като реалистична цел. Въпреки това ранната диагностика на възпалителните ставни заболявания от ОПЛ и последващото им насочване към ревматолог, остават предизвикателство. Ранното поставяне на диагноза, както и ранното и агресивно лечение на ревматоидния артрит са сред основните фактори за костнохрущялни деструкции, респективно за инвалидизацията на болните [5]. Малък брой препоръки, касаещи личните лекари, са издадени за поведение при ревматоиден артрит (РА) в доболничната помощ. ОПЛ играе специфична роля като първи лекар при оценка на пациента. Редица проучвания констатира забавяне на диагнозата и късно насочване към ревматолог на пациентите с възпалителните ставни заболявания [6, 8, 12]. Същите проблеми съществуват и при дегенеративните ставни заболявания, особено с насочване от ОПЛ на ревматично болните към ортопеди и невролози.

Целта на настоящото проучване е да се анализират причините за закъснялото поставяне на диагноза на ревматичните болести и да се оцени пътят на пациента от личния лекар до специалиста по ревматология.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Използвани са два основни източника на информация – официални статистически данни за периода 2006-2010 г., предоставени от НЗОК, и данни от въпросници към личните лекари. Данните са предоставени с любезното съдействие на ръководството на НЗОК и са обработени статистически. За статистическа обработка е използван дескриптивен и алтернативен анализ при степен на значимост под 0,05. Предварително са подготвени въпросници на полуструктуриран принцип (отворени и с конкретни въпроси), съдържащи информация за поведението, нагласите, познанията и демографията на респондерите.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Нерядко пътят на ревматично болния в общата практика е нарушен. Самооценката на личните лекари за диагностициране и терапия на ревматичните болести се разминава с реалностите. Насочването към специалист става

след настоятелни молби от страна на пациента. Най-честата поредица от грешки е следната:

◇ *Самолечението на пациента.* Обикновено при възникването на първите ревматични симптоми – най-често болка, болният прибегва до самолечение (НСПВ и кортикостероиди), без да се съобразява с нежеланите лекарствени реакции и дозироващ режим. Това налага засилен контрол на режима на отпускане на тези препарати в аптеките и преразглеждане на списъка препарати, отпускани без рецепта.

◇ *Поведението на ОПЛ.* След неуспеха на самолечението (с различна давност), пациентът търси помощ от личния си лекар. Според неговата компетентност се извършва преглед и се назначава терапия. Адекватността на диагнозата може да се прецени след съпоставяне на консулта със специалист, което би била интересна тема на бъдещи проучвания. Най-честите грешки на ОПЛ в предписването на терапията за ревматично болни са комбинацията на два и повече НСПВ и ненужно кортизонизиране, което на фона на самолечението на пациента води до тежки последици.

◇ *Насочването към специалист.* При неповлияване на пациента от лечението или след негова молба, личният лекар решава, че е необходим консулт. На това решение влияят различни фактори, но най-вече наличието на направления, които са лимитирани според големината на практиката и обикновено в края на отчетния тримесечен и годишен период са проблем. На какъв специалист ОПЛ ще изпрати пациента с ревматично заболяване отново зависи от неговата подготовка и компетентност, а също така от междудолегиалните и личностни взаимоотношения.

Нашето проучване сред ОПЛ анализира тяхната подготовка за поставяне на правилна диагноза и терапията на най-често срещаното ревматично заболяване – остеоартрозата (ОА). Методиката на това проучване е въпросник сред 27 ОПЛ, засягащ различни аспекти на компетентност.

Относно най-честата локализация на засегнатата става при ОА верен отговор са дали 52.94% от анкетираниите, докато 76.47% са верните отговори за локализацията на възлите на Heberden. ОПЛ са демонстрирали добро познаване на рисковите фактори и основните клинични прояви, но съпътстващите поражения на околоставните структури са посочили само 47.06% от анкетираниите. Почти половината – 52.94%, не познават локализацията на болестта на Forestier. Личните лекари демонстрират оба-

че сравнително добро познаване на хондропро-текторите [1].

В проучване сред 27 ОПЛ – 74.07% са отгово-рили правилно и имат знания относно нефарма-кологичното лечение на ОА (спомагателни сред-ства, балнеолечение и др.). Почти една трета – 33.34%, са дали неправилни отговори за лечение-то с НСПВС (непознаване на нежеланите им ре-акции, както и становище за комбиниране на 2 и повече НСПВС). Впечатление прави и мнението ОПЛ за хирургично лечение на болните и консул-тация с ортопед (55.56% от анкетираните) [2].

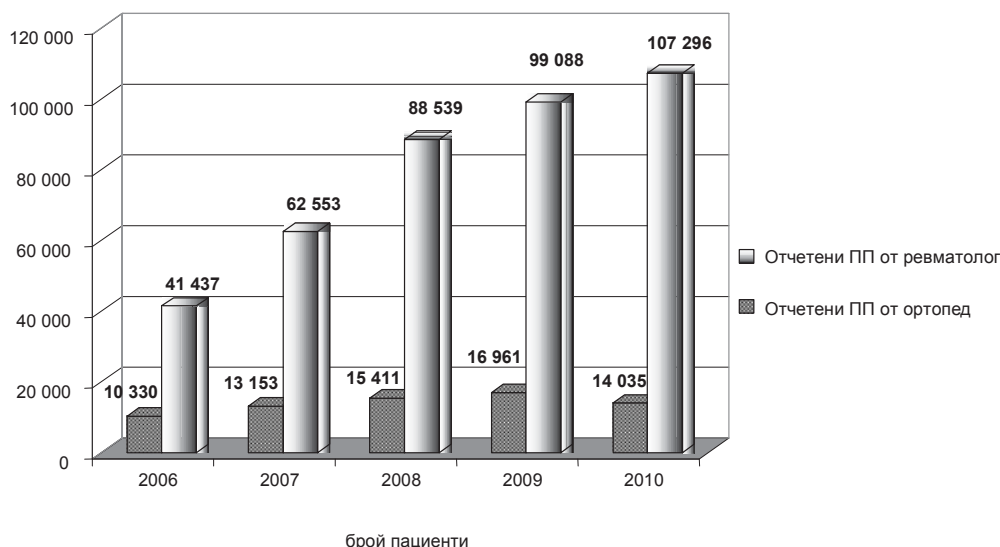
Неправилното насочване към специалист е често срещано в ревматологичната практика. Съ-дейки от световния опит, насочването на пациенти с ревматични заболявания основно към ортопед и невролог, са проблем на доболничното здравео-пазване и в други страни. Това води до ненужни манипулации, изследвания и хоспитализации. Свързано е с по-високи разходи в здравеопазва-нето, ненужно страдание и болка за пациента. В България този проблем не е дискутиран, като е редно да се вземат мерки за неговото решаване.

На фиг. 1 е сравнен броят на прегледите с диагноза артрозна болест (M15-M19 по МКБ) в първичната помощ при ревматолог и ортопед за периода 2006-2010 г.

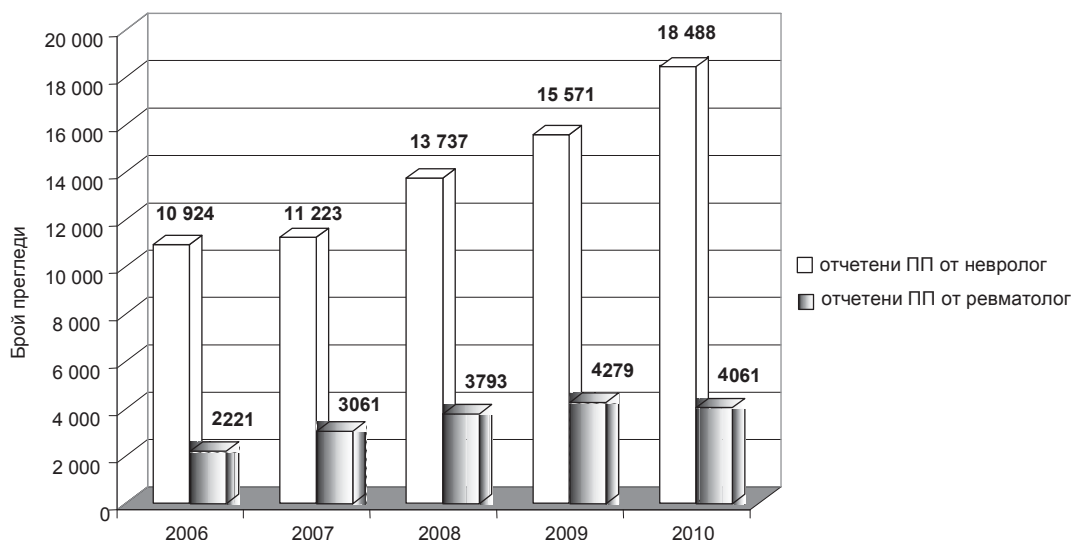
Както се вижда от данните, артрозната бо-лест в консултативните талони от личните лека-ри е в приоритетите на ортопедите от добол-ничната помощ. Сега действащата нормативна база определя същата диагноза на диспансерен учет при специалистите ревматолози. Ортопе-дията като хирургична специалност предполага инвазивно и хирургично поведение: най-често вътреставни манипулации и различни операции,

които се заплащат от НЗОК и пациентите. Пра-вилният път при един пациент с артозна болест е: първо да бъде консултиран с ревматолог, а при изчерпване на терапевтичните възможности за лечение – да бъде изпратен при ортопед. В противен случай се нарушава естественият ход на диагностично-терапевтичния процес [4]. Тези проблеми са разисквани и анализирани и от Европейската ревматологична практика. Препоръчват се специализирани образователни мо-дули, насочени към ОПЛ, и задължителни прог-рами за пациентите със създаване на консенсу-си за клинично поведение [11, 14].

Болките в гърба са друга честа ревматоло-гична патология. В Европейската доболнична ревматологична помощ са втора по честота диагноза, както и причина за най-много дни бол-нична нетрудоспособност. У нас в доболничната помощ гръбначната патология е приоритет на невролозите. Проучването ни сред 12 ОПЛ на-мира правилно терапевтично поведение при болки в кръста и гърба (low back pain). Около 30% от пациентите в практиките на семейните лекари съобщават за болки в гърба. Почти 100% от анкетираните съобщават за проведен първи консулт с невролог, а последващи – с ревмато-лог, ортопед или друг специалист – 40% [10]. Отново е нарушена правилната последовател-ност на диагностичния процес. Гръбначната патология е първична, а вторично е засягането на периферните нерви. В подкрепа на това е фиг. 2 която представя съотношения между преминали пациенти с диагноза спондилоза (M47 по МКБ) и други спондилопатии (M48 по МКБ) в ревматологичните и неврологичните практики през дадения период.



Фиг. 1. Отчетени първични прегледи от специалист за M15-M19 (артроза)



Фиг. 2. Отчетени първични прегледи от лекар специалист за M47 и M48

Възпалителните артропатии също са проблем в диагнозата и поведението в доболничната помощ. Най-дълъг период за поставяне на диагноза и правилна терапия се отчита при болестта на Бехтерев. Причините за забавяне на диагнозата при пациент с анкилозиращ спондилит се обобщават в три основни групи [3].

Причини от страна на пациента

Забавянето за консултация с лекар често се дължи на недооценяване сериозността на проблема. Болките в кръста и гърба като начален симптом се определят нерядко като простудно заболяване или като следствие от физическо натоварване. Прибягва се до самолечение обичайно с НСПВ, аналгетици и кортикостероиди при целия спектър от странични ефекти (гастроинтестинални усложнения, алергични реакции и др.) Забавянето варира от една седмица до 3 месеца. Зависи от различни фактори – интензивност на болката, повлияване от самолечението и най-вече от здравната култура на пациента. Този проблем би се решил с актуални образователни програми в електронните и печатните медии, а също и с ограничаване на достъпа до определени групи медикаменти в аптеките.

Причини от страна на общопрактикуващите лекари

Забавената диагноза анкилозиращ спондилит при личните лекари се дължи на няколко фактора. Най-често диагнозата се грешки с друга патология на гръбначния стълб (low back pain, спондилартроза, дископатия и др.). Назначава се лечение с НСПВ, миорелаксанти и кортикосте-

роиди в различни схеми. Чести грешки, допускани от личните лекари в терапията с тези препарати, са комбинациите на две или повече НСПВ, високи дози от предписвания медикамент, дълги курсове на лечение, предозиране с депокортикостероиди. Средното забавяне до изпращане при специалист варира от 1 до 3 месеца.

Издаването на направление за специалист е свързано с редица условия. Лимитите за направления от специалист са причина да бъде отказано такова, особено в края на отчетния тримесечен период. Най-често пациентите с гръбначна патология биват изпращани при невролог. Това разминаване относно необходимия специалист би се коригирало с въвеждането на задължителен алгоритъм на поведение от личните лекари при гръбначна патология.

Причини от страна на специалистта

Част от пациентите с ранен анкилозиращ спондилит биват хоспитализирани с друга диагноза в неврологични отделения. Това е още една причина за забавяне на диагнозата и правилното лечение. Много често специалистът не разполага с необходимите лимитирани средства за скъпо струващи имунологични и други изследвания, което допълнително затруднява диагностичния процес.

Късната консултация на пациента с анкилозиращ спондилит от специалист ревматолог и назначаването на адекватна базисна терапия води до настъпила вече анкилоза и ред усложнения вследствие на основното заболяване. Познаването и ранното диагностициране на то-

ва социално значимо заболяване би спестило много болка и страдание на пациентите, а също така и финансови загуби [11].

Ефективното лечение на активен ревматоиден артрит (РА) изисква ранна диагностика и включване на болест-модифициращи антиревматични медикаменти (DMARD), за да се окаже въздействие върху дългосрочната прогноза. Клиничните критерии биха улеснили ранното изпращане на пациента със съмнение за РА при ревматолог и започване на DMARD лечение. Р. Емегу и сътр. разработват препоръки за поведение спрямо такива пациенти, които може да служат като клинично ръководство за ОПЛ. Това ръководство помага на ОПЛ да идентифицират пациенти със съмнение за РА в ранните стадии на болестта. Клинични доказателства подкрепят становището, че структурната увреда възниква в началото на активен РА и ранното лечение с DMARD подобрява изхода от заболяването [7].

Въпреки усилията за подобряване на ранната диагноза, половината от пациентите с РА не са насочени към ревматолог своевременно. Проучване на L. G. Suter и сътр. има за цел да се изследват факторите, влияещи върху преценката на ОПЛ дали се касае за пациент с РА. Интервюирани са 19 ОПЛ. Анализирани се клиничните характеристики, предпочитанията на пациента, въпросите за достъпа, доверието и очакванията от лекаря, както и междуличностните отношения като важни фактори при вземане на решението. Важен недооценен фактор са междуколегиалните взаимоотношения, като те са от решаващо значение при определяне на това дали пациентите са своевременно насочени към ревматолог [14].

Изследване на Университета в Бирмингам проследява забавянето на диагнозата – от времето на поява на симптомите до поставена от ревматолог диагноза при пациенти с РА. Данните са събрани за 169 пациенти с РА от ревматолози, които работят в болници, обслужващи населението на град Бирмингам, Великобритания. Отчетено е времето на появата на възпалителните ставни симптоми, първоначалната оценка в първичната медицинска помощ, назначенията от първичната помощ и първоначалната диагноза от ревматолог. Закъснението се оценява на 23 седмици. Средното закъснение, преди пациентът да е бил оценен в първичната медицинска помощ, е 12 седмици. За 96 пациенти (57%) забавянето се дължи на оценката в първичната медицинска помощ. Анализът по-

казва две основни причини за закъснялата диагноза: късно потърсена лекарска помощ от страна на пациента и забавяне в точното поставяне на диагноза и навременен консулт от страна на личните лекари [9, 13].

Изводи

1. Недостатъчната подготовка на ОПЛ за поведение при ревматични заболявания води до редица нежелани ефекти:

- късно поставяне на диагнозата;
- късно насочване към специалист;
- насочване към друг специалист (ортопед или невролог);
- нежелани странични лекарствени въздействия поради неправилна терапия и като следствие – повишаване на преките и косвените разходи за лечението на пациента.

2. Основните причини за забавената ревматологична диагноза са две групи:

- От страна на пациента – недоверието в здравната система, склонността към самолечение и недостатъчната здравна култура.
- От страна на ОПЛ – частична информираност и липса на мотивация за повишаване на образованието в областта на ревматологията, както и някои личностни и междуколегиални взаимоотношения.

Необходимо е създаването на специализирани обучителни програми, консенсуси и алгоритми за поведение за ОПЛ, касаещи диагнозата на най-често срещаните ревматични заболявания.

Библиография

1. Панчовска, М., Л. Деспотова, Н. Николов, Р. Макулева, Р. Асенова, Г. Форева. Обучението по ревматология и общопрактикуващите лекари. – *Обща медицина*, **10**, 2008, № 3.
2. Панчовска, М., Л. Деспотова, Б. Паунова, Н. Николов, А. Гозманов, Р. Макулева, А. Шулева. Лечението на остеоартрозата през погледа на общопрактикуващия лекар. Първа национална конференция по остеопороза и остеоартроза. 21-23 .11. 2008 София.
3. Николов, Н., З. Коларов. Болест на Бехтерев (анкилозиращ спондилит) защо закъснява диагнозата. – *Торmedica*, **6**, 2011, 29-32.
4. Николов, Н., М. Панчовска, З. Коларов. Организация на ревматологичната помощ. – *Ревматология*, 2011, № 3, -25.
5. Стоилов, Р., М. Иванова, Н. Стоилов, С. Маринчева. Разходите за лечение на ревматоидния артрит, анкилозиращия спондилит и псориатичния артрит със синтетични и биологични болестопроменящи антиревматични лекарствени продукти през 2010 г. в България. – *Ревматология*, 2011, № 3, -31.

6. Brent, L. H. Inflammatory arthritis: an overview for primary care physicians. – Postgrad. Med., **121**, 2009, № 2, 148-162.
7. Emery, P. et al. Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide. – Ann. Rheum. Dis., **61**, 2002, № 4, 290-297.
8. Ehrmann Feldman D. et al. Early Inflammatory Arthritis Research Group. Rapidly of rheumatology consultation for people in an early inflammatory arthritis cohort. – Ann. Rheum. Dis., **68**, 2009, 1790-1791.
9. Kumar, K. 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), **46**, 2007, № 9, 1438-1440.
10. Panchovska, M. et al. Low back pain in general practice. – Eur. J. General practice, 2008, № 4, 141-167.
11. Maddison, P. et al. Improved access and targeting of musculoskeletal services in northwest Wales: targeted early access to musculoskeletal services (TEAMS) programme. – Arthritis Care Res. (Hoboken), **63**, 2011, № 4, 604-611.
12. Poddubnyy, D. Improving Diagnosis of Ankylosing Spondylitis and Spondyloarthritis in General- Referral Recommendation for Primary Care. – Int. J. Clin. Rheumat., **6**, 2011, 655-667.
13. Rat, A. C., V. Henegariu et M. C. Boissier. Do primary care physicians have a place in the management of rheumatoid arthritis? – Bone Spine, **71**, 2004, № 3, 190-197.
14. Sandhu, R. S. et al. Comment on: Delay in presentation to primary care physicians is the main reason why patients with rheumatoid arthritis are seen late by rheumatologists. – Rheumatology (Oxford), **47**, 2008, № 4, 559-560.
15. Speed, C. A. et A. J. Crisp. Referrals to hospital-based rheumatology and orthopaedic services: seeking direction. – Rheumatology (Oxford), **44**, 2005, № 4, 469-471.
16. Suter, L. G., L. Fraenkel et E. S. Holmboe. What factors account for referral delays for patients with suspected rheumatoid arthritis? – Arthritis Rheum., **55**, 2006, № 2, 300-305.

✉ Постъпила – 22.10.2012 г.

✉ Адрес за кореспонденция:

Д-р Николай Николов
ул. „Хан Крум“ № 37
5500 Ловеч
e-mail dr.nicolov@mail.bg



**От 2010 г. в Централна медицинска библиотека
се изгражда репозиториум на дигитални публикации
(книги, статии, лекции, презентации и други научни
и образователни материали).**

Целта на нашия репозиториум, както на всички подобни институционални архиви, е свободно разпространение на научни публикации в глобалната мрежа; популяризиране на българската медицинска наука; дълготрайно съхранение на електронни документи (които има голяма вероятност да са неизвестни за читателите и съответно да не се ползват); преодоляване на икономическите препятствия пред издателската дейност.

<http://nt-cmb.medun.acad.bg:8080/jspui>