

МАРШРУТ НА БОЛНИЯ С РЕВМАТИЧНА БОЛЕСТ

Н. Николов¹, М. Панчовска² и Зл. Коларов³

¹Ревматологично отделение, Медицински университет – Плевен

²Катедра „Пропедевтика на вътрешните болести“, Медицински университет – Пловдив

³Клиника по ревматология, УМБАЛ „Св. Ив. Рилски“ – София

THE PATH THAT A PATIENT WITH A RHEUMATIC DISEASE WALKS

N. Nikolov¹, M. Panchovska² and Zl. Kolarov³

¹Rheumatic Unit, Medical University – Pleven

²Department “Propedeutics of Internal Medicine”, Medical University – Plovdiv

³Clinic of Rheumatology, Medical University – Sofia

<p>Резюме:</p> <p>Ключови думи:</p> <p>Адрес за кореспонденция:</p>	<p>От появата на първите симптоми на ревматичните болести, първият преглед при личния лекар и препращането към специалист ревматолог минава различен период от време, които понякога е дълъг. Анализът на пътя на ревматично болния в доболничната помощ ни дава информация защо се забавят правилната диагноза и адекватното лечение. Съществен момент е реакцията на общопрактикуващия лекар (ОПЛ) при възпалителни ставни заболявания и по-специално, готовността му за диагностика и лечение на ревматоидния артрит.</p> <p>маршрут, пациент, ревматоиден артрит, закъсняла диагноза, ревматични болести</p> <p><i>Д-р Николай Николов, ул. „Хан Крум“ № 37, 5500 Ловеч, e-mail: dr.nicolov@mail.bg</i></p>
<p>Summary:</p> <p>Key words:</p> <p>Address for correspondence:</p>	<p>From the manifestation of the first symptoms of rheumatic diseases, first registered by the GP, and the referral to a specialist in rheumatology, a different period of time passes, sometimes long and difficult enough. An analysis of the path that patients with rheumatoid arthritis have to follow in primary care, gives us information why a delay in the correct diagnosis and the initiation of adequate treatment often occurs. The ability of GPs to respond to the needs of patients with inflammatory joint diseases and, in particular, their readiness to diagnose and treat rheumatoid arthritis, is essential for the successful management of this disease.</p> <p>path, patient, rheumatoid arthritis, delayed diagnosis, rheumatic diseases</p> <p><i>Nikolay Nikolov, M. D., 37 "Han Krum" St., Bg – 5500 Lovech, e-mail: dr.nicolov@mail.bg</i></p>

Маршрутът на болния с ревматична диагноза вълнува ревматологичната общност по целия свят. Закъснялата диагноза, неправилните препратки на болните към други специалисти, основно ортопеди и невролози, водят до много страдание за пациента и неговите близки, а също така до висок процент инвалидизация и големи лични и обществени разходи. Френски автори оценяват ролята на ОПЛ при диагнозата и лечението на ревматоидния артрит (РА). Анализирано е времето на поставяне на диагнозата, кога и кой е вклю-

чил болестопроменящи антиревматични средства (БПАРС). Констатациите са, че трябва да се създаде по-добра координация между ОПЛ и ревматолозите в доболничната практика, вкл. активна телефонна комуникация [13].

Feldman и сътр. проучват колко своевременно са консултирани от ревматолог пациенти с РА. Болните с ревматоиден артрит, консултирани с ревматолог, са с по-добри резултати от неконсултираните. Само 27% от новите предполагаеми случаи на РА са консултирани с ревматолог [5].

Въпреки постиженията в ранната диагноза и терапия на възпалителните ставни заболявания, поведението на ОПЛ и последващото насочване на болните към ревматолог е предизвикателство. Забавеното диагностициране и насочване в някои случаи достига до няколко години и може да доведе до необратими последици [2].

Етегу и сътр. разработват препоръки за изпращане на болни при ревматолог, които могат да служат като клинично ръководство за ОПЛ, като им позволява да идентифицират пациенти със съмнение за РА в ранните стадии на болестта. Бързото насочване към ревматолог се препоръчва, когато има съмнение за РА. Основанието за прераждане е сведено до някои от следните критерии: ≥ 3 подути стави, оток на метакарпофалангеалните и гривнените стави и сутрешна скованост ≥ 30 минути [3]. Това е добро решение като алгоритъм за поведение на ОПЛ и в България.

Въпреки усилията за подобряване на ранната диагноза половината от болните с РА не са насочени своевременно към ревматолог. Suter и сътр. проучват факторите, влияещи върху решението на ОПЛ дали се касае за пациент с РА, и идентифицират мотивите за своевременното изпращане на консулт при ревматолог. Съществен недооценен фактор е ефектът на междуколегиялните взаимоотношения и те са от решаващо значение при своевременното насочване на болните [18].

Проучване на Катедра по ревматология на Университета в Бирмингам проследява забавянето от времето на появата на симптомите до поставената диагноза от ревматолог при пациенти с РА. Отчетени са: 1) времето на появата на възпалителните ставни симптоми, 2) първоначалната оценка в първичната медицинска помощ, 3) назначенията от първичната помощ и 4) първоначалната диагноза от ревматолог. Средното закъснение от появата на симптомите на пациента до прегледа е 23 седмици (interquartile range IQR 12-54 седмици). Средното закъснение, преди пациентът да е оценен в първичната медицинска помощ, е 12 седмици (interquartile range IQR 4-28 седмици). Повече от половината болни (57%) са забавени от първичната медицинска помощ. Две са основните причини за закъснялата диагноза: късно потърсена лекарска помощ от страна на болния и забавяне в точната диагноза и своевременно консулт от страна на личните лекари [8, 14].

Американско проучване определя броя на болните без ревматични заболявания, преминали при амбулаторните ревматолози в първичната медицинска помощ и готовността да се пре-

доставят основните грижи за болните с РА. 9.8% от новите консултации и 11.9% от вторичните посещения не са ревматологични диагнози, нито диагнози на опорно-двигателния апарат. Сред болните с РА при 9.9% първичната причина за посещението е нещо различно от ревматично оплакване, а ревматичните оплаквания са при 30.4% от посещенията [19].

В организацията на доболничната ревматологична помощ голяма е ролята на остеопорозата като важен интердисциплинарен проблем. Ранната профилактика, скрининг, активен контрол и добрата информираност на обществото са от основно значение за адекватен контрол на болестта и намаляване на фрактурния риск. Нагласата на ОПЛ за активно търсене на заболяването е от съществено значение. Преди десет години в САЩ е приета здравната програма Geisinger с цел повишаване на информираността, диагностиката и лечението на остеопорозата. Фрактурите на бедрената кост и разходите за тяхното лечение са намалели значително [11]. Програмата фокусира реорганизацията на поведението, как най-добре да се управлява остеопорозата от здравната система, чрез определяне и действие по четири основни за остеопорозата проблема: 1) скрининг на рискови пациенти, 2) оценка на риска на изследваните пациенти, 3) лечение на високорискови пациенти и 4) мотивация за непрекъснато лечение на лекувани пациенти [12].

Прецизността на препратените за консулт пациенти от ОПЛ зависи от неговата компетентност за диагностициране и лечение на ревматичните болести. Основните грешки са в насочването на болните от ревматични болести към ортопед.

Проучване на Speed и Crisp разглежда структурата на консултативните прегледи при ортопед и ревматолог в болница Addenbrooke, Hills Road, Кеймбридж, Великобритания. Целта е да се определят точността на насочване и адекватното поведение към болни със заболявания на опорно-двигателния апарат. Разгледани са 1087 досиета на пациенти и е преценена адекватността на поведението и нуждата от хирургична ортопедична намеса. 687 от разгледаните случаи са ортопедични и 393 ревматологични, като гръбначната патология е изключена. 58% от насочванията към ортопед се считат за уместни, 27% са: "определено се касае за ревматологичен случай" и 12% – "пациентът трябва да бъде консултиран и с ревматолог". 15% от изследваните попадат в категорията „може да бъде видян от ортопед или ревматолог“. Анализът на ревматологичните прегледи показва, че 94% от болните са правил-

но насочени, 2% – не, и 4% попадат в категорията – може да бъде видян от ортопед или ревматолог. Изводът на авторите е, че много от болните се насочват неправилно към ортопед, респективно към хирургична намеса и това ще се промени чрез създаване на регламентирани пътища за консулт на ревматично болни пациенти, а също и с обучителни програми за ОПЛ [15].

Проучване на Мадисън и сътр. от северозападен Уелс показва, че много от пациентите с проблеми на опорно-двигателния апарат, изпратени за консулт при специалист, са неправилно насочени, като най-честите грешни насочвания са към ортопедичните кабинети. Въвежда се централна клинична сортировка – TEAMS, която след 18-месечен анализ е подобрила два пъти ефективността на системата, като броят на чакщите консулт пациенти е намалял значително и се е повишил потокът болни към ревматологичните кабинети. И тук се предлагат други подходи към проблема, вкл. създаване на нови образователни програми за ОПЛ [10].

Schulpen и сътр. анализират причините за насочване на болните за консултиране при ревматолог, с акцент върху определянето на диагностичния проблем от ОПЛ. В 78% от случаите диагнозата е основната причина за консулт. В 44% от случаите диагнозата на специалиста е идентична с тази на общопрактикуващ лекар. Най-ниската степен на корелация е при болни с ревматоиден артрит и първичен синдром на Sjögren. Авторите смятат, че тези две заболявания, изглежда, трудно се диагностицират в общата практика и създаването на алгоритъм ще подобри диагнозата [16].

Дизайнът на едно проучване е анализ на въпросник, предоставен на 420 пациенти, които посещават амбулаторни клиники в Норфолк и Норич – Университетска болница Сингапур, приемали БПАРС или лекувани с биологични средства. 79% от отговорилите са имали възпалителна артропатия, докато 66% са били с ревматоиден артрит. 77% от болните съобщават, че са добре информирани за започващото лечение и им е дадена възможност да задават въпроси. 82% заявяват, че са достатъчно информирани. 64% са доволни от нивото си на участие при вземане на решения. Липсва корелация между опасението на болните за страничните ефекти и ефективността на лекарството. Жените са по-загрижени за възможните странични ефекти от мъжете. В отговор на въпроса дали техните лекарства са повлияли артритата, една трета от пациентите желаят промени в терапията [9].

Целта на едно проучване на Gran и Nordvåg е да се изследват демографските характеристики на пациенти, насочени от ОПЛ към извънболничната клиника по ревматология, и да се анализира причината за консултациите. За 12 месеца са оценени 346 случайно избрани документи на нови болни, изпратени от ОПЛ за извънболнична ревматологична консултация. Около 10% от посочените пациенти са имали заболяване с продължителност от 1 месец или по-малко. Клиничният проблем е правилно представен при 95% от консултираните. Липсата на корелация между клиничните прояви и пуснатите лабораторни изследвания е често срещана, примерно: използването на HLA-B27 при ревматоиден артрит и на серумния ревматоиден фактор – при анкилозираш спондилит. Тези резултати показват, че сред ОПЛ прагът за препращане на пациентите до извънболнична клиника по ревматология е доста висок, и че пациентите са подложени на дълги периоди на наблюдение, преди консулта [1, 6].

Липсата на достатъчно знание от страна на ОПЛ се компенсира с назначаването на ненужни лабораторни и параклинични изследвания, с надеждата те да поставят диагнозата. В тази насока е следната публикация:

Sheehan от Катедра по ревматология, болница Едит Кавел във Великобритания, прави интересно проучване за използването на магнитен резонанс при болки в гърба. Авторите не препоръчват използването на ядрено-магнитен резонанс при неспецифична low back pain (LBP) и предлагат то да се запазва като изследване на тежки или прогресивни неврологични дефицити или за онези случаи, в които има съмнение за сериозна подлежаща патология [17].

Болките в гърба са често срещан проблем в ревматичната патология. От 12 до 30% от възрастното население съобщава за различни локализации на болки в гърба. Проучвания в Холандия, Великобритания и Швеция установяват, че средните годишни разходи на болен варират от 120 до 323 \$ [7].

Erdes и сътр. характеризират разпространението и характеристиките на LBP в Москва при амбулаторни пациенти. Констатациите са, че LBP е честа причина за консултация с лекар в извънболничната практика. Спиналната остеохондроза е най-честата диагноза като причина за LBP при амбулаторни пациенти [4].

Много от цитираните проучвания и студии определят обучителните програми в ревматологията като основен фактор за подобряване на диагностично-лечебния процес на всички нива.

Библиография

1. Athisakul, S., S. Wangkaew et W. Louthrenoo. Inappropriate prescription of allopurinol in a teaching hospital. – J. Med. Assoc. Thai., 90, 2007, № 5, 889-894.
2. Brent, L. H. Inflammatory arthritis: an overview for primary care physicians. – Postgrad Med., 121, 2009, № 2, 148-162.
3. 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.
4. Erdes, Sh. F., T. V. Dubinina et E. A. Galushko. Low back pain in general medical practice. – Ter. Arkh., 80, 2008, № 5, 59-61.
5. Feldman, D. E. et al. Rapidity of rheumatology consultation for people in an early inflammatory arthritis cohort. – Ann. Rheum. Dis., 68, 2009, 1790-1791.
6. Gran, B. J. T. et Y. Nordvåg. Referrals from general practice to an outpatient rheumatology clinic: disease spectrum and analysis of referral letters. – Clin. Rheumatol., 19, 2000, № 6, 450-454.
7. Jacobson, L. et B. Lindgren. Vad kostar sjukdomarna? (What are the costs of illness?). Stockholm: Socialstyrelsen (National Board of Health and Welfare), 1996.
8. 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.
9. Lim, A. Y. et al. Patient satisfaction with rheumatology practitioner clinics: can we achieve concordance by meeting patients' information needs and encouraging participatory decision making? – Ann. Acad. Med. Singapore, 36, 2007, № 2, 110-114.
10. 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.
11. Newman, E. D. et al. Osteoporosis disease management in a rural health care population: hip fracture reduction and reduced costs in postmenopausal women after 5 years. – Osteoporosis Int., 14, 2003, № 2, 146-151.
12. Newman, E. D. Perspectives on pre-fracture intervention strategies: the Geisinger Health System Osteoporosis Program. – Osteoporosis Int., 22, 2011, Suppl. 3, 451-455.
13. Rat, A. C., V. Henegariu et M. C. Boissier. Do primary care physicians have a place in the management of rheumatoid arthritis? – Oint 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. Schädlich, P. K. et al. Contribution of leflunomide to the cost effectiveness of sequential DMARD therapy of rheumatoid arthritis in Germany. – Z. Rheumatol., 63, 2004, № 1, 59-75.
16. Gran, J. T. Why are patients referred to outpatient clinic of rheumatology? – Tidsskr Nor. Laegeforen, 121, 2001, № 19, 2294-2296.
17. Sheehan, N. J. Magnetic resonance imaging for low back pain: indications and limitations. – Postgrad. Med. J., 86, 2010, № 1016, 374-378.
18. Shleyfer, E. et al. Accuracy of the diagnosis of fibromyalgia by family physicians: is the pendulum shifting? – Rheumatology, 36, 2009, № 1, 170-173.
19. Ward, M. M. Provision of primary care by office-based rheumatologists: results from the National Ambulatory Medical Care Surveys, 1991-1995. – Arthritis Rheum., 42, 1999, № 3, 409-414.

Постъпил за печат на 30 март 2013 г.

ОФЕРТИ ЗА РЕКЛАМНО УЧАСТИЕ В ИЗДАНИЯТА НА ЦМБ:

1. Отпечатване на многоцветна рекламна страница:

- на корица – 720 лв.;
- в книжното тяло – 600 лв.

2. Отпечатване на черно-бяла реклама и/или текст за 1 страница – 150 лв.

3. Разпространение на готова вложка със списание – 1.00 лв./брой.

При отпечатване на повече от една реклама се правят отстъпки по договаряне.

По желание на рекламодателя многоцветните реклами могат да бъдат придружени от безплатно отпечатване на 1 страница текст след съгласуване на съдържанието му с редколегията.

Всеки рекламодател получава книжки от списанието.