

и реакцией организма больного, мы предлагаем использовать подходы как в эндокринологии, при СД с максимальной компенсацией лабораторных показателей. Проводя аналогии с другими ревматологическими заболеваниями, обращаем внимание на включение лекарственной терапии, при нарушении липидного обмена у больных СКВ, в стандарт лечения.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ РЕВМАТОЛОГА ГОРОДСКОЙ РАЙОННОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Юматова Ванда, Ханов Александр,
Городская поликлиника №1 г. Ростова-на-Дону, ГУЗ
Областная больница № 2, г. Ростов-на-Дону, Россия.

Summary. *Rheumatic diseases are widespread among the population. Results of treatment in rheumatology depend on early diagnostics and an early initiation of treatment. The stage medical aid organization is necessary for achievement of these purposes. At an out-patient stage patients receive medical aid at rheumatological office of district polyclinic, at advisory office of rheumatological hospital, at a day hospital outpatient department.*

Ревматологическая помощь продолжает оставаться ограниченно доступной даже в крупных городах. Это связано с недостатком профессиональных ревматологов, с невозможностью иметь в штатном расписании для главных врачей амбулаторных учреждений ставок ревматолога. Для самого специалиста-ревматолога, такая работа также малопривлекательна по материальным соображениям в виду того, что они не получают зарплаты

семейного врача или участкового терапевта. Кроме того, в сознании больных десятилетиями сложился стереотип, что при болях в суставах надо обращаться к хирургу и травматологу. Имеются сложности в проведении обследования ревматологических больных по рутинным, не говоря о специальных лабораторных методах обследования из-за очередей и «слабости» поликлинических лабораторий. Аналогичная ситуация сложилась по рентгенологическим и ультразвуковым исследованиям. Из-за той же проблемы кадрового обеспечения качество обследований вызывает вопросы.

Нами проанализирована работа врача-ревматолога на 0,5 ставки районной поликлинике миллионного города, в котором только в 3-х амбулаторных учреждениях ведется ревматологический прием. Прикрепленное взрослое население данной поликлиники составляет 60500 человек. Прием осуществляется по графику: вторник 9-14, четверг 14-19, суббота 10-14. Прием ведется в порядке живой очереди. Обращений по скорой помощи за год не было. Основная масса больных обращается самостоятельно, решив, что они нуждаются в ревматологической помощи. 14% больных направлено на консультацию к ревматологу с приема других специалистов. В поликлинике выполняется рентгенограмма костей и суставов, ЭКГ, рутинные лабораторные исследования, СРБ, сиаловые кислоты, фибриноген, мочевая кислота, кальций крови. За год принято 10355 больных. Содержание работы врача ревматолога городской поликлиники представлено в таблице.

Обращаемость за медицинской помощью в городской поликлинике ревматологических больных за 2010 г.

Заболевания	Всего пациентов	Из них, с впервые установленным диагнозом	Взято на «Д» учет	Впервые обратившиеся в данном году	Повторные обращения в данном году
Реактивные артропатии (РеА)	108(3%)***	37 (34%)*	10(27%)** (9%)*	63(58%)*	40(37%)*
Подагра	37(1%)***	21(58)*	12(32%)** (57%)*	16(43%)*	17(46%)*
Ревматоидный артрит (РА)	200(5%)***	21(11%)*	20(95%)** (10%)*	179(89%)*	17(9%)*
Деформирующий остеоартроз (ДОА)	3493(86%)***	2529(72%)*	0(0%)** (0%)*	964(28%)*	819(23%)*
СЗСТ: СКВ, ССД, синдром Шарпа	81(2%)***	55(68%)*	15(27%)** (19%)*	26(32%)*	30(37%)*
Анкилозирующий спондилоартрит (АС)	23(0,5%)***	12(52%)*	10(83%)** (43%)*	11(48%)*	8(35%)*
Остеопороз (ОП)	70(1,5%)***	53(76%)*	5(9%)** (7%)*	17(24%)*	21(30%)*
Псориатическая артропатия (ПсА)	12(0,2%)***	7(58%)*	5(71%)** (42%)*	5(42%)*	4(33%)*
Хр. ревматическая болезнь сердца (ХРБС)	33(0,8%)***	10(30%)*	10(100%)** (30%)*	23(70%)*	18(55%)*
Всего	4057 (100%)	2745(68%)*	87(3%)** (2%)*	1304(32%)*	974(24%)*

* – процент от общего количества больных с данным заболеванием;

** – процент от общего количества больных с впервые установленным диагнозом;

*** – процент от общего количества ревматологических больных.

Общая ситуация по оказанию мед. помощи ревматологическим больным складывается следующим образом. Высок процент больных с впервые установленным диагнозом – 68%. Но из них взято на «Д» учет всего 3%. Больные, которые уже имели ранее установленный ревматологический диагноз, составляют 32% из всех обратившихся. Причем 24% обращались в данном году повторно.

По отдельным нозологическим формам ситуация складывается следующим образом. У 34% больных диагноз РеА был установлен впервые. 27% из них взяты на «Д» учет. У 58% пациентов диагноз был установлен ранее. 37% обратились по поводу обострения повторно. У 58% больных подагрой диагноз был установлен впервые, у 43% ранее. 32% больных с подагрой взяты на «Д» учет. 46% пациентов обращались за медицинской помощью повторно. Среди больных РА, в 11% случаев диагноз был установлен впервые, 89% имели его ранее. 95% больных, из впервые выявленных, взяты на «Д» учет. Только 9% обращались повторно. У 72% больных ДОА, диагноз установлен впервые, 28% имели его ранее. На «Д» учет из впервые выявленных не взят никто. 23% пациентов обращались за мед. помощью в течение года повторно. У 68% больных с системными заболеваниями соединительной ткани диагноз установлен впервые, 32% имели его ранее. На «Д» учет впервые взяты 27% больных; 37% обращались повторно.

Впервые установленный диагноз болезни Бехтерева (ББ) имели 52% больных. В 48% ББ диагностирована ранее. На «Д» учет впервые взято 83% из группы первичных. 35% пациентов обращались повторно. У 76% больных с ОП диагноз установлен впервые, 24% имели его ранее. 9% взяты на «Д» учет впервые. 30% больных с ОП обращались за мед. помощью повторно. У 58% больных ПсА диагноз был установлен впервые, 42% имели его ранее. 71% взяты на «Д» учет впервые. 33% обращались за мед. помощью повторно. У 30% пациентов диагноз ХРБС установлен впервые, 70% имели его ранее. Взятие на «Д» учет 100%. За повторной мед. помощью обращалось 55%.

Обсуждение и предложения. Организация приема врача-ревматолога «оживила» диагностику ревматологических заболеваний в поликлинике. До этого основные диагнозы врачей других специальностей – остеоартроз, остеоартрит. Необходимо стремиться к 100% взятию на «Д» учет впервые выявленных больных и к их качественно-диспансерному наблюдению. Диспансеризацию проводить силами семейных врачей и участковых терапевтов, оставив врачу-ревматологу «сложных» больных из каждой группы ревматических забо-

леваний и нозологические формы с системными проявлениями и неблагоприятным клиническим прогнозом. Для получения лицензии ЛПУ предусмотреть необходимый уровень лабораторных и инструментальных методов обследования, желательно по единому стандарту. При необходимости в сложных и дорогостоящих обследованиях использовать ресурсы диагностических центров или городских кабинетов, например для рентгенологической остеоденситометрии. Терапевтам, травматологам, хирургам поликлиники активнее направлять больных с заболеваниями суставов на консультацию к ревматологу для уточнения диагноза. Учитывая специфику работы, подготовить ревматолога по УЗИ суставов и проводить обследование прямо в кабинете. Внутрисуставные инъекции проводить в перевязочном кабинете с привлечением травматолога или самостоятельно, при наличии сертификата. Организовать лабораторное исследование внутрисуставной жидкости, в том числе с использованием методов экспресс-диагностики.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПИАСКЛЕДИНОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ОКИСЛЕННЫХ ЛИПОПРОТЕИНОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

Яшина Ю.В., Никитина Н.В.,
Заводовский Б.В., Зборовская И.А.,
НИИ Клинической и Экспериментальной
Ревматологии РАМН, Волгоград, Россия.

Summary. *We examined 130 osteoarthritis (OA) patients. The oxidized low density lipoprotein (OxLDL) level were determined with ELISA- test. The high level of OxLDL were revealed in sera of OA patients in 60%. 40 OA patients were treated Avocado and soya unsaponifiables (ASU) 3 months 300 mg daily. We observed good therapy effect in patients with a high level OxLDL.*

Подбор успешной терапии для конкретного пациента с ОА является трудной задачей. Поэтому, возможность прогнозирования успеха терапии ОА болезнь-модифицирующими препаратами по отдельным биохимическим маркерам является актуальной задачей. Учитывая то, что неомыляемые соединения бобов сои и авокадо (Avocado and soya unsaponifiables, ASU) являются липидным препаратом, можно предположить, что их эффективность может зависеть от некоторых параметров липидного обмена, например от уровня окисленных липопротеинов низкой плотности (оЛНП).