

СОЦИОЛОГИЯ ПАЦИЕНТА

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018

*Решетников А.В., Присяжная Н.В., Павлов С.В., Вяткина Н.Ю., Марочкина Е.Б.***ОСОБЕННОСТИ ОБРАЩЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ
НА ЭТАПЕ ДЕБЮТА ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
(ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТНОЙ ФОКУС-ГРУППЫ)**Институт социальных наук ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет),
119991, г. Москва

Дебют заболевания и установление диагноза постановка диагноза «ревматоидный артрит» обуславливают трансформацию привычного жизнеустройства человека, пересмотр им своих жизненных целей, профессиональных планов, семейных перспектив с учетом новых обстоятельств. Указанное заболевание влияет на социальную и физическую активность пациента, формирует ряд сопутствующих проблем, что в совокупности принято описывать как «социальное бремя» ревматоидного артрита. При этом именно своевременность обращения пациента за медицинской помощью обуславливает возможности предотвращения его инвалидизации, влияет на эффективность лечения и прогноз течения заболевания. Авторы отмечают, что, по экспертным оценкам, в настоящий момент на региональном уровне сохраняется проблема доступности ревматологической медицинской помощи, связанная, преимущественно, с кадровым дефицитом отрасли.

Ключевые слова: ревматоидный артрит; дебют заболевания; самолечение; социальное бремя ревматоидного артрита.

Для цитирования: Решетников А.В., Присяжная Н.В., Павлов С.В., Вяткина Н.Ю., Марочкина Е.Б. Особенности обращения пациентов за медицинской помощью на этапе дебюта заболевания ревматоидным артритом (по результатам проведения экспертной фокус-группы). *Социология медицины*. 2018;17(2): 98-103. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1728-28-10-2018-17-2-98-103>

Для корреспонденции: Присяжная Надежда Владимировна, канд. социол. наук, заместитель директора по научной работе Института социальных наук, e-mail: nprusova@yandex.ru

*Reshetnikov A.V., Prisiazhnaia N.V., Pavlov S.V., Viatkina N.Iu., Marochkina E.B.***THE CHARACTERISTICS OF PATIENTS' ADDRESSING TO MEDICAL CARE AT THE STAGE
OF DEBUT OF RHEUMATIC GOUT (ACCORDING THE RESULTS OF FOCUS-GROUP EXPERTISE)**The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "The I.M. Sechenov First Moscow
State Medical University" of Minzdrav of Russia, 119991, Moscow, Russia

The article presents the results of medical sociological study targeted to analyze concepts and motivational attitudes of students of medical universities related to healthy life-style and its components. The results demonstrate that students, though accepting importance of one's health promotion, committed to unhealthy life-style. They even more often refuse from regular exercises and are not enough active in issues of disease prevention and health promotion. The healthy life-style of students of medical universities is rather exclusion than prevalent practice.

Key words: health; healthy life-style; students; medical universities; motivation.

For citation: Reshetnikov A.V., Prisiazhnaia N.V., Pavlov S.V., Viatkina N.Iu., Marochkina E.B. The characteristics of patients' addressing to medical care at the stage of debut of rheumatic gout (according the results of focus-group expertise). *Sociologiya meditsiny*. 2018; 17(2): 98-103. (In Russ.)
DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2810-2018-17-2-98-103>

For correspondence: Prisiazhnaia N.V., candidate of sociological sciences, associate professor of the Chair of Sociology of Medicine, Health Care Economics and Medical Insurance of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "The I.M. Sechenov First Moscow State Medical University".
e-mail: nprusova@yandex.ru

Conflict of interest. The authors declare absence of conflict of interest.

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 20.11.2018
Accepted 06.06.2019

Здоровье является основной ценностью каждого человека, а его сохранение — одной из важнейших задач индивида, семьи, общества, государства [1]. Нарушения здоровья, особенно отягощенные риском инвалидизации, выступают одним из ключевых факторов снижения

качества жизни человека. В настоящее время особую обеспокоенность специалистов вызывает распространение ревматоидного артрита (РА) — одного из наиболее тяжелых заболеваний поликомпонентной этиологии, характеризующееся хроническим неуклонно прогрес-

сирующим эрозивно-деструктивным полиартритом с системным поражением мелких суставов (а на поздних стадиях — крупных суставов и внутренних органов) с тенденцией инвалидизации заболевших, что определяет социально-экономическое значение проблемы.

В мире более 21 млн людей страдают РА, при этом распространенность заболевания среди взрослого населения колеблется от 0,5 до 2% [2]. По разным данным, среди пациентов с РА гендерное распределение женщин и мужчин представлено в пропорции 3(5):1. Наиболее часто дебют заболевания приходится на 40-55 лет [3]. Вопрос статистически достоверного определения числа пациентов с РА в России остается открытым: по данным официальной статистики, зарегистрировано около 300 тыс. пациентов этой группы [3]. Однако необходимо принимать во внимание, что показатели обращаемости за медицинской помощью в медицинские организации могут серьезно отличаться от фактической распространенности данного заболевания.

Начало заболевания и постановка диагноза РА обуславливают значительные изменения в образе жизни человека. Особенности течения заболевания, связанные с ограничением подвижности, болевым синдромом, слабостью, существенно снижают качество жизни больного РА и его семьи, ведут к потере работоспособности, возрастанию социального бремени РА: социальной, финансовой, физической нагрузки на заболевшего, его семью и государственную систему социальной защиты. Одним из ключевых факторов риска инвалидизации пациента выступает несвоевременное обращение за медицинской помощью.

Существенную помощь в формировании объективного понимания специфики социального бремени РА могут оказать системные медико-социологические исследования, реализуемые с помощью качественной методологии. Одним из наиболее информативных методов медико-социологического исследования в этом направлении выступает метод фокус-группы.

Материалы и методы

Изучение экспертных мнений о социальном бремени РА в РФ и возможных путях оптимизации медицинской помощи для данной группы пациентов было реализовано в ноябре-декабре 2018 г. на базе кафедры социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования Института социальных наук Сеченовского Университета¹. В рамках данного исследования также были изучены особенности обращения пациентов к врачу-ревматологу (ВР) на этапе дебюта заболевания ревматоидным артритом и выделены факторы, влияющие на своевременное получение медицинской помощи.

Методология исследования — экспертная фокус-группа ($n=8$). Сценарий (гайд) фокус-группы разработан в соответствии с целью исследования, и включал 10 блоков вопросов, которые позволили сформировать массив мнений экспертов по широкому кругу проблем, связанных с РА, в том числе об особенностях

обращаемости россиян за ревматоидной помощью, физических проявлениях и социально-экономических составляющих бремени данного заболевания, кадровом обеспечении ревматологической службы, уровне информированности россиян о данной патологии и ряде других аспектов. Рекрутинг участников экспертной фокус-группы предусматривал включение в её состав участников исследования практикующих ВР с опытом работы не менее 5 лет, являющихся сотрудниками медицинских организаций г. Москвы на момент проведения исследования. Демографический и семейный статус ВР не анализировались, поскольку не являлись определяющими для целей данного исследования.

Анализ массива данных фокус-группы был выполнен в соответствии с принятыми методологическими подходами к анализу качественных данных [4-6].

Результаты исследования

В настоящее время заболеваниям опорно-двигательного аппарата человека уделяется большое внимание в России и за рубежом. Тем не менее эксперты подчеркивают, что проблема РА, несмотря на высокий уровень научного интереса во всем мире, имеет значительные «белые» области: научное определение его этиологии, изучение факторов «пускового механизма» начала заболевания, специфики выраженного преобладания данной патологии у женщин, особенностей распространения и ряда других.

Мнения экспертов в отношении изменения социального портрета и ведущих социально-демографических характеристик (пол, возраст, место проживания) больных РА значительно различаются. Несмотря на то, что в отдельных научных публикациях в настоящее время указаны тенденции «омоложения» когорты пациентов с РА, эксперты, принявшие участие в исследовании, опираясь на свой опыт практической работы, не могут выделить такого рода тенденций: «Какой-то общей тенденции к омоложению сейчас нет» (П., канд. мед. наук).

При этом более раннее, нежели в предыдущее десятилетие, обращение части пациентов за медицинской помощью все ВР-эксперты связывают скорее с улучшением диагностики и внедрением новых технологий в современную отечественную медицину: «Это улучшение диагностики, ...такой тенденции, что раньше болели только пожилые, а сейчас болеют молодые — такой тенденции нет» (Е., д-р мед. наук). Таким образом, усовершенствование методов диагностики и связанное с этим более раннее начало лечения позволяют говорить не о том, что болезнь молодеет, а о том, что ее чаще выявляют в разных возрастах.

Известно, что каждый 100-й человек страдает от РА, в пропорции 5 женщин на 1 мужчину. На взгляд участников исследования, такая структура характерна и для России: «Я думаю, что такое же соотношение и в нашей когорте больных, которое мы наблюдаем» (И., д-р мед. наук). Однако распространенность РА, по мнению экспертов, в РФ при сохранении среднего уровня 1% в общей популяции имеет в настоящее время тенденцию к возрастанию в когорте женщин старше лет: «У женщин старше 50-60 лет статистика дается вообще более 3-4 процентов!» (Е., д-р. мед. наук). «Большинство, женщины составляют большинство!» (П., канд.

¹Исследование «Социальное бремя ревматоидного артрита в РФ и возможные пути оптимизации медицинской помощи для данной группы пациентов» выполнено при поддержке ООО «Пфайзер Инновации».

мед. наук). «...РА, как любое аутоиммунное заболевание, больше характерно для женщин, женщины болеют чаще» (Е., д-р. мед. наук.).

Чаще всего пациент ВР — это женщина трудоспособного (среднего и предпенсионного) возраста: «Да, чаще от 40 до 50 лет» (*контекст — обращаются женщины*; С., канд. мед. наук). Эта половозрастная характеристика выделяется всеми экспертами: «Такой тенденции нет, что в таком-то возрасте нельзя заболеть РА. Но чаще всего дебют приходится на профессионально зрелый возраст, поэтому мы все время и говорим о социальном бремени. Это, скажем так, (*контекст — пациенты*) от 30 до 40 лет». «...Это женщина, ближе к 35-40 годам» (Е., докт. мед. наук). Таким образом, основной возрастной диапазон пациентов (обратившихся впервые), по мнению участников дискуссии, находится в границах 40-45 лет: «...наверное, пик приходится все-таки на возраст после 40-45 лет» (И., д-р. мед. наук). Таким образом, по мнению участников фокус-группы, основную массу группы пациентов с РА составляют женщины в двух модальных возрастных группах в возрастном диапазоне 35-45 лет и старше 55 лет.

Ключевым фактором успеха лечения того или иного заболевания выступает поиск и выявление его причин и факторов риска. Это верно выразил один из участников дискуссии, ВР с большим опытом: «На самом деле, поиском причины РА были заняты все и всегда, как только поняли, что РА — это аутоиммунное заболевание, не инфекционное, из этого большого слова «ревматизм» начали выявлять действительно разные заболевания... и сейчас можно сказать, что РА не вызывает ничего. Если есть предрасположенность к РА, то курение может спровоцировать развитие, курение усугубляет тяжесть, курение ухудшает прогноз лечения» (Е., д-р мед. наук).

В настоящее время эксперты не могут выделить четких корреляций и факторов, влияющих на повышение риска заболеваемости РА. Это отмечают все эксперты: «Нет особенно значимых факторов риска заболевания» (П., канд. мед. наук), «Это аутоиммунное заболевание, и когда оно проявится — зависит от иммунной системы человека», «Это сбой в системе, сбой в иммунной системе» (Е., д-р мед. наук).

Не установлена научно подтвержденная связь заболевания с факторами места жительства, экологии, видом и условиями профессиональной деятельности. Участники фокус-группы, исходя из практики своей профессиональной деятельности, подтверждают, что РА не связан с климатическим и географическим фактором (регионом проживания): «Я не уверена, что такая связь есть, может быть, если говорить просто о городах, то РА лучше диагностируется, его быстрее начинают лечить» (С., канд. мед. наук).

Тем не менее в научной литературе и ревматологической практике выделяется ряд факторов, которые влияют на течение заболевания: «Что утяжеляет течение заболевания (*контекст — РА*): курение, стоматологические заболевания, бронхолегочные инфекции — это факторы, которые могут приводить к структурным модификациям белков, провоцировать аутоиммунные реакции, которые могут предрасполагать к развитию», «курение ухудшает эффективность даже новых препаратов», «понятно, что низкий социальный статус будет

располагать к более тяжелому течению болезни, но скорее не сам по себе, а по отношению к своему здоровью, доступности лечения» (П., канд. мед. наук). Эксперты подчеркивают, что «курение является фактором риска, но даже не причиной заболеваемости РА, а несколько более тяжелого течения РА и худшего прогноза лечения» (И., д-р мед. наук). Таким образом, можно выделить ряд факторов и жизненных моделей поведения больных, которые негативно влияют на течение РА и эффективность его лечения: курение, стоматологические заболевания, недостаточно внимательное отношение к состоянию своего здоровья в целом. Кроме того, негативно влияет на развитие заболевания несвоевременное обращение к специалисту за помощью.

Среди факторов, запускающих иммунный ответ, эксперты ревматологи выделяют стоматологические проблемы (гингивит): «...при гингивите, он как раз вызывает каскад таких реакций, которые запускают иммунный ответ, и курение — два фактора. Они, скажем так, влияют на тяжесть течения, на резистентность терапии и, если у человека есть недифференцированная расположенность к РА, есть эти факторы, они могут «запустить» РА» (Е., д-р мед. наук).

Также эксперты отмечают наличие наследственной предрасположенности к заболеванию РА: «мы понимаем, что у родственников первого, второго родства больных РА на 20-30% чаще встречается РА и немножко другие аутоиммунные заболевания» (П., канд. мед. наук).

Признавая, что профилактика РА до настоящего времени не имеет научно обоснованных «мишеней влияния», эксперты подчеркивают: «...когда конкретный человек спрашивает у меня, что делать с ребенком, отвечаю: пока не болят суставы, ничего. Потому что даже если Вы у него найдете антитела, это не болезнь» (П., канд. мед. наук). Наследственные факторы, на взгляд экспертов, выступают основанием для формирования остороженности в отношении возможного развития РА (внимательного отношения к состоянию здоровья человека из группы риска, прохождения регулярной диспансеризации, пересмотра его образа жизни, корректив семейно-брачных планов, отказа от вредных привычек, выбора сферы труда и места жительства и др.), но схемы профилактического лечения при отсутствии клинически подтвержденных проявлений заболевания на современном этапе экспертами не считаются целесообразными.

В дискуссии ревматологи выделяют отдельные рекомендации по профилактике развития РА, основанные на практике их работы: «...мы с Вами уже озвучили: следите за зубами, и не курите» (П., канд. мед. наук) и «... если у тебя заболел сустав, сразу иди к ревматологу, не жди, потому что, если у тебя мама болела...» (Е., д-р мед. наук). Такого рода меры могут способствовать своевременному выявлению начала развития РА и раннего начала и большей эффективности лечения, сохранения трудоспособности заболевших.

Исследование показало, что своевременность первичного (раннего) обращения пациентов с РА за медицинской помощью с трудом оценивается врачами стационаров, так как этот вопрос относится скорее к компетенции врачей поликлиник. Ревматологи поликлинического звена отмечают, что молодые пациенты обращаются раньше «в течение 2-3 нед или нескольких

месяцев после появления симптомов болезни», а пожилые пациенты обращаются «через несколько месяцев». Кроме того, в дискуссии эксперты отмечают кадровый дисбаланс в ревматологии в разрезе «крупный город — село»: «...я думаю, что медицинская помощь в регионах, особенно специализированная, менее доступна, чем в мегаполисах, поэтому «само пройдет» у пациента тянется до последнего, когда совсем сил терпеть уже нет» (С., канд. мед. наук).

Все эксперты отмечают существующую в их профессиональной среде установку на раннее выявление заболевания, которой уделяется большое внимание, в том числе в рамках обсуждения на конференциях, съездах, совещаниях: «...очень много внимания уделялось выявлению именно ранней диагностики. ...На всех конференциях ревматологов, съездах каких-то, совещаниях пропагандировалась ранняя диагностика ревматических заболеваний, в первую очередь РА, поэтому, наверное, за последние годы чуть лучше стало в этом отношении» (И., д-р мед. наук).

Участники исследования согласны с тем, что есть все возможности выявлять данное заболевание на ранней стадии: существуют четкие критерии диагностики, действует ряд программ, направленных на раннюю диагностику ревматоидного артрита. Основным фактором в этих условиях является своевременность обращения и компетентность врача в вопросах диагностики и логистики обследования пациента: «...главное вовремя попасть на приём к ревматологу, а не ходить долгое время к терапевту или травматологу» (Е., д-р мед. наук). Ревматологи отмечают, что врачу-неревматологу трудно диагностировать РА, поскольку для него «все суставы болят одинаково» (Е., д-р мед. наук). Только ревматолог способен разобраться в специфике боли, особенностях пациента: например, у пожилых пациентов-пенсионеров скорее обнаружатся «механические проблемы», а у 30-летних чаще проявляется другая природа заболевания (П., канд. мед. наук). По оценкам экспертов, «1/3 больных (с РА) не имеет правильного диагноза при первом обращении к врачу общей практики, хирургу, невропатологу или терапевту» (И., д-р мед. наук).

Для оптимизации и сокращения сроков постановки диагноза у пациентов с РА, на взгляд экспертов, необходимо повышать компетентность врачей-терапевтов, хирургов-травматологов, невропатологов и других близких специальностей в вопросах симптоматики данного заболевания и оперативного направления для целевого дообследования: «Чаше, конечно, пациенты обращаются к врачам первичного звена, терапевтам, врачам общей практики, которые сейчас появились. Иногда к хирургам, между прочим (!), с воспалением суставов, бывает и к неврологам. И здесь, конечно, важна информированность врачей разных специальностей о разных симптомах заболеваемости» (И., д-р мед. наук). Как отмечают участники исследования, для оптимизации маршрутизации пациентов с РА в профессиональном сообществе ВР проводятся совместные с врачами-терапевтами конференции.

Тем не менее в настоящее время существуют разработанные алгоритмы и протоколы, которые помогают в идентификации РА врачам других специальностей: «...сейчас есть даже четкие критерии для врачей терапев-

тов и врачей общей практики, методички написаны, при каких явлениях, при каком суставном синдроме что делать и при каком суставном синдроме направлять к ревматологу. Ведется образовательная деятельность в этом направлении» (Е., д-р мед. наук). И хотя сами эксперты признают, что в настоящее время все еще остаются большие области для совершенствования («ресурсы для улучшения»), возможно, благодаря этим мерам заметно некоторое сокращение сроков выявления (постановки диагноза) РА (П., канд. мед. наук, Е., д-р мед. наук).

Отдельным вектором дискуссии стало обсуждение проблемы доступности для пациентов ВР в регионах России. Эксперты указывают на острую нехватку специалистов для оказания ревматологической помощи в регионах, что зачастую приводит к неправильной/несвоевременной диагностике РА, ввиду чего к ВР пациент попадает уже в запущенной стадии заболевания: «Если пациент приезжает от ревматолога, то обычно все неплохо. Обычно поставлен более или менее правильный диагноз. Хотя бы сделаны попытки правильного лечения. Но зачастую приезжают пациенты, которые вообще не попали, которые миновали ревматологическую помощь. Это на самом деле большая проблема. Миновали из-за отсутствия доступности» (Е., д-р мед. наук).

Кадровый дефицит отрасли (в ревматологической службе даже ведущих клинических центров не хватает ВР) выступает одним из наиболее значимых барьеров в вопросе раннего выявления РА: «Вопрос вообще в доступности ВР, обеспеченности ВР населения. Мы сейчас не говорим про Москву, хотя даже в Москве есть проблемы. А если мы говорим про регионы, это очень большая проблема — доступность ВР для рядового пациента» (Е., д-р мед. наук). «Врачей-ревматологов даже в Москве катастрофически не хватает» (С., канд. мед. наук).

Специалисты-ревматологи (эксперты) видят решение вопроса в оптимизации процесса обучения ревматологов: «Обучение ревматологов, но оно-то как раз идет. Но его можно, наверное, оптимизировать, улучшить. Но ревматологов в стране 1500. Это как бы... (контекст — мало)» (П., канд. мед. наук). На взгляд экспертов, для решения проблемы дефицита кадров необходимым шагом является также формирование у студентов медицинских вузов мотивации к получению профессии ВР. Наиболее эффективно эту мотивацию могли бы сформировать «высокая зарплата» и «гарантия трудоустройства в будущем» (С., канд. мед. наук). Эксперты подчеркивают, что одним из механизмов ликвидации кадрового дефицита ВР может стать, например, целевое обучение с учетом научно-обоснованного прогноза кадровой потребности отрасли в ревматологах. Сами ВР признают, что ВР — это «изысканный» врач: его долго готовить, у него дорого лечиться, ему труднее реализоваться вдалеке от крупных городов (Е., д-р мед. наук).

Кадровый дефицит ревматологической службы, по оценкам экспертов, носит хронический характер, возможно, в силу того, что ревматологические заболевания не считаются достаточно острой проблемой по своей распространенности и значимости в отличие, например, от диабета или сердечно-сосудистых заболеваний. Решение кадровой проблемы требует пересмотра восприятия проблемы РА и признания ее значимости на основе масштабных репрезентативных исследова-

ний распространенности данной патологии, а также реализации ряда мер по привлечению молодежи в профессию ВР и совершенствованию профессиональной подготовки и повышения квалификации ВР.

Своевременность обращения пациента с РА к врачу, зависит также от личностных особенностей больного: один пациент при первых симптомах РА бежит к врачам, другой, когда болезнь «дает развернутый дебют с высокой воспалительной активностью»: пациент «утром пальцы в кулак сжать не сможет», «у него выраженный болевой синдром», «становится внезапно сильно плохо» или «когда состояние пациента неуклонно ухудшается на протяжении длительного времени: недель-месяцев» (П., канд. мед. наук). Участники исследования отмечают, что в среднем обращение к ВР происходит после года развития заболевания: «Бывают пациенты с ранним РА, которые приходят, скажем, в течение первого полугодия от начала заболевания. Но, наверное, большая часть появляется у ревматолога, ну, через год, через два, через три» (Е., д-р мед. наук). ВР стационаров, работающие с пациентами с уже установленными диагнозами, указывают, что срок обращения за консультацией от полугода до нескольких лет является обычным сроком.

Эксперты отметили, что первичное обращение пациента с РА чаще всего связано с выраженным суставным болевым синдромом, скованностью: «Когда больной с РА — у него реально болит. Здесь ему реально больно. Пациент с ревматическими заболеваниями — он же не скрытый пациент. «...Больной показывает сыпь, показывает суставы, говорит «у меня утром 3 часа скованность, я спину не могу разогнуть, у меня руки опухли» (П., канд. мед. наук). При этом чаще всего на этапе обращения у пациентов диагностируются существенные функциональные нарушения подвижности суставов.

Вместе с тем необходимость своевременного обращения за медицинской помощью для пациентов с РА очевидна ввиду высоких рисков функциональных нарушений суставов, сердечно-сосудистых заболеваний, инфекционных осложнений: «Это двигательное расстройство, связанное с суставами, с ограничением объема движения, с контрактурами, с анкилозами суставов. С другой стороны, повышен риск сердечно-сосудистых осложнений при этих заболеваниях» (И., д-р мед. наук).

Таким образом раннее выявление, лечение и прогноз РА обуславливаются несколькими факторами: внимательным отношением к своему здоровью пациента, своевременным обращением за медицинской помощью, улучшением диагностики и внедрением новых медицинских технологий, компетентностью специалиста и кадровой обеспеченностью ревматологической службы.

При этом при появлении первых симптомов РА многие пациенты прибегают к использованию известных им препаратов и методов самолечения. Кроме того, участники исследования в дискуссии отметили, что даже пациенты с установленным диагнозом не всегда своевременно обращаются за профессиональной медицинской помощью, зачастую прибегают к самолечению (синдром «запоздалого» пациента).

Эксперты выделяют из наиболее «популярных» у пациентов препаратов для самолечения нестероидные противовоспалительные лекарственные средства: «Чаще всего это нестероидные противовоспалительные

препараты и, конечно, чаще всего, это кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Чаще всего это так ...стероиды они себе не назначают, до нефропатии они сами не долечиваются, потому что это просто очень долго. Все-таки они обращаются до этого» (С., канд. мед. наук). При этом участники фокус-группы отмечают, что информацию по самостоятельному лечению РА пациенты чаще всего получают в интернет-пространстве.

При РА применяют препараты, имеющие определенные побочные действия, которые требуют профессионального подбора дозировки и контроля процесса лечения со стороны врача: «...прием препаратов многих, особенно нестероидных противовоспалительных, гормональных, может приводить к воспалению желудочно-кишечного тракта, в частности к язвенным и эрозивным изменениям, желудочно-кишечному кровотечению, urgentной ситуации. Кроме того, у таких больных повышен риск инфекционных осложнений, также могут возникать различные инфекции. Иногда фатальные инфекции» (И., д-р мед. наук). Кроме того, при несвоевременном обращении пациента к специалисту ревматологи стационаров отмечают сочетанные функциональные нарушения здоровья у пациентов с РА — что негативно влияет на качество и продолжительность их.

Самолечение зачастую обусловлено обстоятельствами и условиями места жительства пациента (удаленность от медицинских организаций, отсутствие необходимых специалистов), однако распространенной моделью поведения среди заболевших россиян является «привыкание», «рутинизация» болезни в сочетании с нежеланием «тратить время на походы по врачам» и убеждением в возможности выздоровления без обращения за медицинской помощью.

Заметим, что сотрудничество врача и пациента выступает одной из важнейших составляющих успеха в лечении РА. Эксперты отмечают необходимость четкого разъяснения пациенту схемы лечения, а в дальнейшем контроля правильности приема лекарственных препаратов: «Работа врача — грамотно объяснить пациенту, чем он болеет, и как это лечится» (Е., д-р мед. наук). При этом в формировании мотивации пациента на лечение основную роль играют способность врача к убеждению, его внимательное отношение к пациенту: «К сожалению, в нашем обществе большинство больных разных нозологий не осознают тяжесть своего состояния и приходится иногда долго им объяснять, что это такое и почему это надо. У нас менталитет такой, объяснение, объяснение и объяснение!» (А., канд. мед. наук.).

Недостаточное или нечеткое разъяснение ВР важности приема лекарственных препаратов в конкретной дозировке ведет к снижению комплаентности пациента: «Просто ему никто не рассказал, не объяснил, не назначил. Либо назначил, а он прочитал в интернете, что у него волосы завтра выпадут, и никто не объяснил, что это не так. ...Да, пить не будут. Молодая женщина приходит, читает побочные эффекты, думает: «у меня вроде не так и кисти-то болят. Да, и чего это я завтра облысею-то? Пусть у меня лучше кисти скрючит. ... да, ей никто не объяснил, что это написано не для 5 мг, а для 20 000 мг, понимаете, эти побочные эффекты. А она же пришла и прочитала....» (Е., д-р мед. наук).

Ревматологи отмечают необходимость информационной работы с пациентом, предоставления ему необходимых информационных материалов: «Мое мнение, что пациент сам должен читать, то есть пациент, который не хочет знать о своем здоровье, мое впечатление, он менее компетентен. Лучше, чтобы человек прочитал, но важно, чтобы у него была обратная связь, чтобы он потом задал вопрос и не боялся у специалиста спросить, а я ему бы объяснил, что значит показатель выживаемости, осложнения, что значит побочные эффекты метотрексата, для каких популяций они применимы, почему без метотрексата никак нельзя, почему мы считаем, что это главный препарат» (П., канд. мед. наук).

Эксперты подчеркивают, что комплаентность во многом связана с мотивацией пациента: «У нас многократно бывали ситуации, когда пациенты приходят и говорят: «мы не переносим 10 мг метотрексата», а когда им объясняешь, что без метотрексата лечить РА невозможно, они и 20 перенесут, и 25 нормально перенесут. Вопрос в мотивации, особенно, что касается побочных явлений от метотрексата, они очень четко зависят, насколько человеку донесена важность препарата» (П., канд. мед. наук). При этом особое внимание в формировании мотивации пациента к приверженности лечению эксперты уделяют роли личности ВР: «специалист может мотивировать, если он сам верит» (П., канд. мед. наук).

Именно соблюдение сроков контроля (регулярного обследования) и терапевтической схемы позволяет избежать осложнений заболевания, которые существенно (а зачастую необратимо) подрывают здоровье пациента и требуют значительно больших финансовых затрат на лечение.

Участники фокус-группы также связывают низкую комплаентность и ошибки пациентов в выполнении рекомендаций ВР с кадровым дефицитом: «У нас достаточно большой процент пациентов, которые не получают адекватную дозу метотрексата просто из-за того, что не встретились с ВР или встретились несвоевременно. ... Это, еще раз говорю, вопрос доступности ревматологической помощи в регионах» (Е., д-р. мед. наук).

Таким образом, эффективное лечение и профилактика осложнений РА — это вопрос разделенной ответственности между врачом и пациентом с РА, и приоритетная роль в контроле за повседневным состоянием здоровья отводится именно пациенту, основная задача которого — внимательное отношение к своему здоровью и своевременное обращение за медицинской помощью.

Выводы

Анализ массива мнений участников исследования позволил сформировать ряд выводов об особенностях обращения россиян к ВР на этапе дебюта РА:

1. Наблюдаемая специфика течения РА (неуклонный инвалидизирующий характер заболевания, поражение преимущественно больных в трудоспособном возрасте, высокий риск функциональных нарушений суставов, сердечно-сосудистых заболеваний, сочетанных инфекционных осложнений и др.) обуславливает необходимость раннего его выявления и начала лечения для предотвращения инвалидизации пациента.

2. Обеспечение роста показателей раннего обращения за ревматологической помощью и начала лечения

для предотвращения инвалидизации и сохранения трудоспособности пациента требует повышения уровня компетентности врачей-терапевтов, хирургов-травматологов, невропатологов и других специальностей в вопросах ревматологии и оперативной маршрутизации пациентов для целевого дообследования и лечения.

3. Раннее выявление РА на современном этапе связывается в первую очередь с улучшением диагностики и внедрением новых медицинских технологий в здравоохранении, однако среди россиян остается распространенной практика самолечения и несвоевременного обращения за медицинской помощью на этапе формирования серьезных нарушений здоровья (синдром «запоздалого» пациента).

4. Ключевым фактором сохранения качества жизни пациента с РА является обеспечение доступности медицинской помощи, однако кадровый дефицит ревматологической службы является одним из наиболее значимых барьеров в вопросе раннего выявления/своевременной диагностики РА.

5. Решение кадровой проблемы требует пересмотра восприятия проблемы РА и признания ее значимости на основе масштабных репрезентативных исследований фактической распространенности данной патологии среди населения и уточнения потребности в кадрах ревматологической службы медицинских организаций, а также реализации ряда мер по привлечению молодежи в профессию врача-ревматолога, совершенствованию профессиональной подготовки и повышению квалификации специалистов.

6. Информационная работа с населением и популяризация прохождения регулярной диспансеризации может способствовать ранней идентификации первичных симптомов РА и благоприятным прогнозам в течении заболевания в будущем.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Решетников А.В. Социология медицины. Руководство. М.: Медицина; 2010.
2. Smolen J.S., Aletaha D., McInnes I.B. Rheumatoid arthritis. *Lancet*. 2016. [http://dx.doi.org/10.1016/S140-6736\(16\)30173-7](http://dx.doi.org/10.1016/S140-6736(16)30173-7)
3. Ревматоидный артрит. Клинические рекомендации. Ассоциация ревматологов России. М.: 2016.
4. Merton R., Fiske M. The focussed interview: A Manual of Problems and Procedures. London: Free Press; 1990.
5. Белановский С.А. Метод фокус-групп (в авторской редакции). М.: 2010.
6. Майвальд К.-О. Секвенциональный анализ в немецкой социологии: компетенция и практика. *Социология 4М*. 2011; (32): 143-79.

Поступила 20.11.2018

Принята в печать 06.06.2019

REFERENCES

1. Reshetnikov A.V. Medicine sociology. Management. Moscow: Meditsina, 2010. (in Russian)
2. Smolen J.S., Aletaha D., McInnes I.B. Rheumatoid arthritis. *Lancet*. 2016. [http://dx.doi.org/10.1016/S140-6736\(16\)30173-7](http://dx.doi.org/10.1016/S140-6736(16)30173-7)
3. Rheumatoid arthritis. Clinical recommendations. Association of rheumatologists of Russia, Moscow: 2016. (in Russian)
4. Merton R., Fiske M. The focussed interview: A Manual of Problems and Procedures. London: Free Press. 1990.
5. Belanovsky S.A. A method of focus groups (in author's edition). Moscow: 2010. (in Russian)
6. Mayvald K. O. Sekventsionalny analysis in the German sociology: competence and practice. *Sociology 4M*. 2011;(32):143-179.