

- and properdin during the Jarish-Herxheimer reaction in early syphilis, *Acta Med. Scand.*, 1978, 204(4), 287-290.
8. Koning J. de, Hoogkamp-Korstanje J.A.A. Demonstration of spirochetes in biopsies, *Zentralbl. Bakteriол. Mikrobiol. Hyg. (A)*, 1986, 263, 179-188.
9. Loveday C., Bingham J.S. Changes in intravascular complement, kininogen, and histamine during Jarisch-Herxheimer reaction in secondary syphilis, *Genitourin. Med.* 1985, 1, 27-32.
10. Lukehart S.A., Marra C. Lyme disease: molecular and immunologic approaches, Cold Spring Harbor Laborat. Press, 1992, 59-77.
11. Negusie Y., Remick D.G., De Forge L.E. Detection of plasma tumor necrosis factor, interleukins 6, and 8 during the Jarisch-Herxheimer Reaction of relapsing fever, *J. Exp. Med.*, 1992, 175(5), 1207-1212.
12. Rahn D.W., Malawistas E. Lyme disease, *West. J. Med.*, 1991, 54, 706-714.
13. Rawlings J.A., Foernier P.V., Teltow G.J. Isolation of *Borrelia* spirochetes from patients in Texas, *J. Clin. Microbiol.*, 1987, 25, 1148-1150.
14. Schmidli J. Cultivation of *Borrelia burgdorferi* from joint fluid three months after treatment of facial palsy due to Lyme borreliosis, *J. Infect. Dis.*, 1988, 158, 905-906.
15. Steer A.S., Malawista S.E., Hardin S.A. Erythema chronicum migrans and Lyme arthritis: the enlarging clinical spectrum, *Ann. Intern. Med.*, 1977, 86, 685-692.
16. Young E.J., Suvannoparrat U. Brucellosis outbreak attributed to ingestion of unpasteurized goat cheese, *Arch. Intern. Med.*, 1975, 135(2), 240-243.

Поступила 3.05.01

ДИСКУССИЯ

УДК: (616.74-002).009

К ВОПРОСУ О СИСТЕМАТИЗАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ ВНЕСУСТАВНЫХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

А.Б. Зборовский

Государственное учреждение Научно-исследовательский Институт клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоград

Резюме.

Рассмотрены ключевые вопросы медико-социального значения заболеваний внесуставных мягких тканей, в частности, их распространенность, а также проблемы номенклатуры, классификации и унификации диагностики. Предложены новые варианты классификации заболеваний мягких тканей и диагностических критериев синдрома первичной фибромиалгии.

До настоящего времени проблеме заболеваний внесуставных мягких тканей уделялось недостаточно внимания. Несмотря на высокую распространенность и многообразие форм поражения, эти болезни до сих пор находятся за рамками внимания практических ревматологов, и больные с этой патологией, как правило, лечатся у хирургов, травматологов, невропатологов, терапевтов.

По-прежнему остается нерешенным целый ряд вопросов, касающихся не только этиологии и патогенеза внесуставных поражений, методов их диагностики и лечения, но и таких существенных моментов как систематизация и разработка единой номенклатуры.

Ключевыми вопросами в оценке социального значения заболеваний околоуставных мягких тканей являются:

1. Точные сведения о распространенности и заболеваемости по результатам специальных эпидемиологических исследований (сплошных, когортных и др.) и данным официальной статистики (заболеваемость и болезненность, временная и стойкая утрата трудоспособности);

2. Определение социально-экономической нагрузки на общество и оценка экономических показателей, включая прямые (медицинские и немедицинские затраты) и не прямые потери;

3. Исследование качества жизни пациентов, включая психологические, физические и социальные послед-

ствия заболеваний.

Эпидемиология ревматических заболеваний (РЗ) внесуставных мягких тканей, которые возникают довольно часто, дают высокие показатели заболеваемости и увеличивают число дней временной нетрудоспособности, к сожалению, мало доступна обычным исследованиям, поскольку мягкотканная патология у большей части больных длится относительно недолго, хотя и рецидивирует, и нередко заканчивается выздоровлением без остаточных явлений. Критериев диагностики для множества синдромов и заболеваний мягких тканей различных локализаций также пока нет.

В общем считается, что среди всех ревматических болезней (РБ) заболевания мягких тканей наиболее распространены и занимают ведущее место в структуре амбулаторного контингента ревматологических больных. Однако эпидемиологические исследования проведены только в отношении небольшого числа этих заболеваний.

Ниже представлены данные зарубежных и отечественных исследователей, демонстрирующие весьма высокую частоту выявления различных форм поражения внесуставных мягких тканей в популяции (табл.).

По результатам обследования, проведенного сотрудниками НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН (Р.А. Грехов, А.Р. Бабаева, А.П. Левина, Е.В. Макеева, Е.А. Мокрова, И.А. Бочкова, Ф. Бешрауи, С.А. Харченко, Г.П. Сулейманова, В.В. Седов, Г.Г. Мазина), болезни мягких тканей были выявлены у 13,9% лиц, занятых в машиностроительном производстве. По частоте выявления эта патология уступала лишь деге-

Адрес для переписки:
400050, г. Волгоград,
ул. Землячки, д.76
Институт клинической
и экспериментальной ревматологии

неративно-дистрофическим заболеваниям суставов и позвоночника. При этом у 25,6% больных остеоартрозом и у 31,4% больных остеохондрозом позвоночника определены различные внесуставные синдромы: мышечный болевой синдром, периартриты различной локализации, туннельные синдромы и др. В большинстве случаев поражения внесуставных мягких тканей носят длительный характер и, по некоторым оценкам, приводят в США к потере более 11 млн рабочих дней в год [14].

прежде всего, практическими целями. Основная задача классификации состоит в том, чтобы помочь врачу в улучшении диагностики и систематизации болезней.

Предлагались различные варианты систематизации поражений внесуставных мягких тканей: болезни группировали по анатомическому, или этиопатогенетическому принципу, по клиническим проявлениям и др.

Наиболее часто и, по-видимому, обоснованно поражения внесуставных мягких тканей систематизировали

Таблица

Распространенность заболеваний внесуставных мягких тканей

Клиническая форма поражения	Частота обнаружения	Авторы, год исследования
«Болезненное плечо»	20% пожилого госпитального контингента, 85% всех заболеваний суставов	Агабазова Э.Р. с соавт., 1983, Chard, Hazleman, 1987
«Замороженное плечо»	Однократный эпизод у 2% взрослого населения	Lundberg, 1969
Синдром запястного канала	0,1% взрослого населения, 15% рабочих промышленных предприятий	Katz с соавт., 1980
Контрактура Дюпюитрена	5,7% европейского населения, 20% мужчин старше 60 лет	Lanz, 1987
Латеральный эпикондилит	Возникает ежегодно у 4 из 1000 человек	Hamilton, 1986
Хроническая боль в нижней части спины	У 69% взрослого населения США, ежегодно возникает у 10-15% населения	Frymoyer с соавт. 1983
Синдром первичной фибромиалгии	3-6 млн жителей США	Goldenberg, 1988

До недавнего времени существовало мнение, что первичная фибромиалгия - довольно редкое заболевание. Однако по последним оценкам синдромом фибромиалгии страдает от 3 до 6 млн жителей США, а лечение хронических мышечных болей обходится в 1 млрд долларов ежегодно. Показано, что фибромиалгия весьма распространена среди населения развитых стран. Приводятся данные, что 1-2% населения Швеции, Великобритании, США, Канады страдают фибромиалгией, а среди ревматологического контингента такие больные составляют от 13 до 20%.

По нашим данным, среди 1240 человек, предъявлявших жалобы на костно-мышечные боли, у 9,6% имелись клинические признаки первичной фибромиалгии. Обследование проводили с помощью специально разработанной анкеты и унифицированной карты осмотра на одном из крупных машиностроительных предприятий Волгограда. Следует подчеркнуть, что в группу обследованных были включены только лица, самостоятельно обратившиеся к ревматологу. Можно предположить, что при тотальном обследовании количество выявленных больных с первичной фибромиалгией оказалось бы выше [3].

Одним из направлений эпидемиологических исследований, в т.ч. в ревматологии, является разработка и совершенствование номенклатуры и классификации болезней, а также критериев их диагностики.

С 1816 г описано более 50 синдромов поражения внесуставных мягких тканей. Несмотря на высокую распространенность и многообразие форм поражения, до сих пор отсутствует единство в терминологии, методике обследования больных и критериях диагностики заболеваний мягких тканей.

Необходимость классификации поражений мышечного и сухожильно-связочного аппарата обусловлена,

по анатомо-функциональному принципу. Внесуставные поражения разделяли на формы в соответствии с тем, какие ткани вовлечены в патологический процесс.

За рубежом чаще пользовались классификацией по клиническим формам, т.е. заболевания разделяли в зависимости от особенностей их клинических проявлений. В соответствии с этим, группа периартритов (и, прежде всего, плечевой периартрит) оказалась разделенной на несколько форм.

По этиологическому принципу заболевания внесуставных мягких тканей могут быть разделены на первичные и вторичные, травматические и нетравматические, профессиональные и наследственные. Такое деление оправдано с позиции адекватного лечебного подхода.

В этом смысле необходимо учитывать и патогенетические механизмы, лежащие в основе той или иной формы поражения мягких тканей. По характеру патологического процесса заболевания околоуставных мягких тканей делятся на воспалительные и дегенеративные. На примере плечелопаточного периартрита можно продемонстрировать обоснованность патогенетического подхода к систематизации внесуставных поражений. Так, периартикулярное поражение плечевого сустава может быть обусловлено дегенеративным процессом в сухожилиях вращающей манжетки, их сдавлением, разрывом вращающей манжетки - частичным или полным, адгезивным капсулитом плеча. Кроме того, поражение плеча может приводить к трофическим расстройствам в области кисти (альгодистрофический синдром).

В отечественной рабочей классификации и номенклатуре РБ, принятой в 1985 г, болезни внесуставных мягких тканей (XIII раздел) были разделены на 5 групп по анатомо-функциональному признаку.

Обращает на себя внимание подраздел болезней околосуставных мягких тканей, в котором достаточно полно представлены поражения сухожилий, синовиальных оболочек и влагалищ, периартриты и лигаментиты.

Однако энтезопатии, являющиеся неотъемлемой частью периартрита, оказались выделенными в самостоятельную группу, в то время как имеется общая группа пе-

**Отечественная рабочая классификация и номенклатура
ревматических болезней (1985 г)**

- 1. Болезни мышц**
 - 1.1. Миозиты
 - 1.2. Оссифицирующий миозит
 - 1.3. Идиопатический кальциноз
- 2. Болезни околосуставных тканей**
 - 2.1. Энтезопатии
 - 2.2. Тендиниты (включая «щелкающий палец»)
 - 2.3. Тендовагиниты (включая болезнь де Кервена)
 - 2.4. Теносиновиты
 - 2.5. Бурситы (включая кисту Бейкера)
 - 2.6. Периартриты
 - 2.7. Синдром запястного канала и другие лигаментиты
- 3. Болезни фасций и апоневрозов**
 - 3.1. Фасцииты
 - 3.2. Апоневрозиты
- 4. Болезни подкожной жировой клетчатки**
 - 4.1. Узловатая эритема
 - 4.2. Болезненный липоматоз Деркума
 - 4.3. Панникулиты
- 5. Психогенный ревматизм (полиостеоартромиалгия)**

риартритов. Далее, существует достаточно условное деление на тендовагиниты и теносиновиты. В первом случае имеется поражение сухожилия и его синовиальной оболочки, во втором - поражается только синовиальное влагалище. На практике указанное деление лишено особого смысла, т.к. клинически четко дифференцировать эти состояния не представляется возможным.

Что касается болезней мышц, то в классификации упоминаются только воспалительные процессы - миозиты, причем, включен и оссифицирующий миозит - довольно редкое заболевание, относящееся к группе наследственных миопатий. Между тем, как известно, значительную часть мышечных поражений составляют миопатии - невоспалительные процессы, развивающиеся при целом ряде неревматических заболеваний, метаболических и эндокринных расстройствах, хронических отравлениях, сосудистых нарушениях. Необходимость выделения указанной группы мышечных поражений обусловлена нарастающим числом больных, страдающих хроническими болями в мышцах, и существующей потребностью в разграничении этих различных по своему характеру состояний.

В связи с вышеизложенным, возникает необходимость дополнений к имеющейся классификации заболеваний мягких тканей, что мы и попытались сделать. Предлагаемый новый вариант систематизации представлен ниже.

Прежде всего, представляется целесообразным включение в классификацию болезней мягких тканей группы миопатий как ревматического, так и неревматического генеза.

Миопатический синдром, развивающийся при РЗ суставов и позвоночника, при некоторых системных заболеваниях соединительной ткани может быть отнесен к числу реактивных миопатий.

Довольно обширна группа метаболических миопатий. Остеопороз, белковая и витаминная недостаточность, электролитный дисбаланс (ионов Са, К, Mg) определяют эти состояния.

Не менее многочисленна группа миопатий эндокринной природы. Ведущую роль в развитии мышечного синдрома играют болезни щитовидной железы, Гипер- и

**Предлагаемый новый вариант систематизации
болезней внесуставных мягких тканей**

- 1. Болезни мышц**
 - 1.1. Воспалительные заболевания мышц - миозиты
 - 1.2. Невоспалительные заболеваний мышц - миопатии
 - 1.2.1. Реактивные
 - 1.2.2. Метаболические
 - 1.2.3. Эндокринные
 - 1.2.4. Сосудистые
 - 1.2.5. Токсические
- 2. Поражения фиброзных и синовиальных образований**
 - 2.1. Тендиниты
 - 2.2. Тендовагиниты и теносиновиты
 - 2.3. Бурситы
 - 2.4. Лигаментиты - туннельные синдромы
 - 2.5. Фасциты и апоневрозиты
 - 2.6. Комбинированные формы поражения - периартриты
 - 2.7. Сочетанные формы поражения
- 3. Болезни подкожной жировой клетчатки**
 - 3.1. Узловатая эритема
 - 3.2. Болезненный липоматоз - синдром Деркума
 - 3.3. Панникулиты
- 4. Первичная фибромиалгия**

гипотиреоз, как мы знаем, обычно сопровождаются хроническими болями в мышцах, парестезиями, мышечной слабостью. В связи с возрастанием в последние годы числа больных, страдающих хроническим аутоиммунным тиреозом, необходимо учитывать возможность развития миопатического синдрома при этой патологии. Как известно, болезни надпочечников, гипопаратиреоз, паращитовидных желез, сахарный диабет, длительный прием гормональных препаратов сопровождаются патологией мышц.

Миопатии сосудистого генеза возникают вследствие окклюзии сосудов. Наиболее частой причиной в данном случае является облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей.

Необходимо учитывать и такую группу мышечных поражений, как токсические миопатии. К токсическим поражениям мышечной ткани относится, в первую очередь, алкогольная миопатия. Картину токсической миопатии могут вызвать лекарственные препараты; колхицин, винкристин, нитроглицерин и др. Свинцовая интоксикация приводит к избирательному поражению разгибателей кистей и стоп.

Пункт 1.2. представлен вторичными формами поражений мышечной ткани.

К числу первичных невоспалительных поражений мышц в настоящее время относят так называемый синдром первичной фибромиалгии. Однако, учитывая возрастающую роль этого заболевания в структуре мышечных поражений, а также тот факт, что болевой синдром во многом обусловлен состоянием фиброзных образований, имеет смысл выделить указанную форму отдельным пунктом (пункт 4.0.). Тем более, что с каждым годом появляются

новые аргументы в пользу теории патогенетической самостоятельности этой пока еще недостаточно изученной болезни.

Важной задачей, на наш взгляд, является и уточнение некоторых вопросов систематизации поражений фиброзных и синовиальных образований. Имеющееся разделение по анатомо-функциональному принципу (п.п. 2.1.-2.5.) вполне оправдано и, безусловно, должно иметь место.

Однако разграничение тендовагинитов и теносиновитов, как это сделано в разделе XIII классификации РЗ, нам представляется клинически трудно осуществимым, а, следовательно, - лишенным практического смысла.

Наряду с этим, целесообразно выделение комбинированных форм поражения околосуставных мягких тканей, к которому следует отнести периартриты, прежде всего, - плечелопаточный периартрит, поскольку это заболевание складывается из различных форм поражения околосуставных структур (тендинит, капсулит, бурсит).

Результаты исследований показали, что поражения мягких тканей часто носят распространенный характер, причем возможны сочетания различных видов околосуставных поражений, которые, по нашим данным, наблюдались в 10-15% случаев. В связи с этим считаем возможным выделить отдельным пунктом группы сочетанных форм поражения околосуставных мягких тканей.

Касаясь поражений фиброзных и синовиальных образований, необходимо подчеркнуть, что, как и поражения мышц, они могут быть первичными и вторичными (при других РЗ, при сосудистых, метаболических, эндокринных расстройствах, травмах, синдроме гипермобильности суставов и других состояниях).

Таким образом, представленные уточнения в систематизацию патологии мышц и околосуставных образований, как нам кажется, помогут выработать более четкий алгоритм диагностического поиска. Необходимо отметить, что предложенная нами классификация, по-видимому, не лишена недостатков и будет дополнена и уточнена по мере накопления новых знаний и опыта.

Принципиальным вопросом является унификация диагностики, которая осуществляется благодаря использованию общепринятых критериев - признаков, являющихся мерилем оценки какого-либо явления. Диагностический критерий характеризуется чувствительностью (частотой встречаемости признака у больного) и специфичностью (частотой встречаемости признака при других сходных заболеваниях).

Говоря о диагностических критериях первичной фибромиалгии, необходимо отметить, что полного согласия по этому вопросу до сих пор не достигнуто.

Впервые диагностические критерии первичной фибромиалгии были предложены Н.Smythe и Н.Moidofsky [13]. Они включали 5 основных признаков заболевания.

В последующем были сформулированы критерии М.Yunus с соавт. [15] Они были разделены на обязательные, большие и малые. Для постановки диагноза необходимо присутствие всех обязательных критериев и наличие 4 и более специфических болезненных точек из 14 участков плюс 2 и более анамнестических признака.

В 1990 г Американской Коллегией Ревматологов (АКР) были приняты модифицированные критерии заболевания, которые включали 2 основных признака: разлитую костно-мышечную боль и боль в 11 из 18 болезненных точек при пальпации.

Принимая во внимание существующие разночтения в вопросе трактовки того или иного признака первичной

фибромиалгии, а также в наборе необходимых критериев, на основании которых возможен диагноз первичной фибромиалгии, мы поставили перед собой задачу провести анализ клинической картины заболевания у больных фибромиалгией и дать собственную оценку диагностической информативности разным субъективным и объективным тестам. Каждый признак заболевания, рассматриваемый как индивидуальный критерий, анализировали на основании двух параметров: чувствительности и специфичности.

Наибольшей чувствительностью при высокой специфичности обладают такие критерии, как распространенная костно-мышечная боль, утренняя скованность, утомляемость, расстройство сна и наличие 5 из 14 болезненных точек. Головная боль, психологические расстройства, вегетативные нарушения (парестезии, предменструальный синдром, синдром раздраженной кишки) уступают по чувствительности предыдущим критериям, однако их специфичность оказалась достаточно высокой. Такие признаки, как синдром Рейно, сетчатое ливедо, нарушение менструального цикла, при высокой специфичности отличает довольно низкая чувствительность, что ограничивает их использование в качестве основных критериев первичной фибромиалгии. Важным моментом является и то, что при анализе такого критерия, как число обнаруживаемых болезненных точек (5 из 14 или 11 из 18), оказалось, что чувствительность первого варианта значительно выше, чем второго, при умеренном снижении специфичности.

В связи с этим отметим следующее. Несмотря на то, что критерии АКР (1990) являются наиболее современными и в значительной мере направлены на упрощение диагностики первичной фибромиалгии, они не лишены недостатков, главным из которых является исключение ряда анамнестических данных, которые во многом определяют клиническую картину заболевания.

С учетом вышеизложенного нами были разработаны диагностические критерии первичной фибромиалгии, которые целесообразно рассматривать как обязательные:

1. Распространенная костно-мышечная боль продолжительностью не менее 6 мес;
2. Отсутствие других заболеваний, способных вызвать эту хроническую боль: ревматических, онкологических, эндокринных, психических, хронических инфекций, хронических интоксикаций;
3. Сочетание хронической боли с астеноневротическим синдромом и вегетативными расстройствами;
4. Наличие специфических болезненных точек, определяемых при пальпации (не менее 5) .

Следует считать необходимым увеличить параметры продолжительности боли в связи с тем, что, как известно, фибромиалгия может быть дебютом ряда заболеваний, в том числе системной склеродермии, системной красной волчанки, онкологических и психических заболеваний. Срок 3 мес порой недостаточен для исключения этих процессов. Более того, окончательный диагноз первичной фибромиалгии возможен лишь после наблюдения за больным в течение 1 года.

Необходимо отметить как важный пункт 3, так как различные психологические расстройства являются ведущими в картине первичной фибромиалгии. Не случайно лечение этого заболевания предусматривает обязательное включение антидепрессантов, которые в отличие от анагетикое и противовоспалительных средств дают хороший эффект.

Таким образом, исследования подтверждают необходимость анализа жалоб больного и учета анамнестичес-

ких данных наряду с определением специфических болезненных точек. Основным моментом, по нашему мнению, является сочетание распространенной мышечной боли с астеноневротическим синдромом и пальпируемыми болезненными точками. В связи с этим, такие проявления астеноневротического синдрома, как утомляемость, нарушение сна, головная боль, эмоциональные и вегетативные расстройства, должны рассматриваться в качестве диагностических критериев первичной фибромиалгии.

Таким образом, заболевания внесуставных мягких

тканей, занимающие ведущее место в структуре РБ среди амбулаторного контингента больных, оказывают существенное негативное влияние как на здоровье общества в целом, так и качество жизни отдельного пациента и его семьи. Одна из важнейших задач отечественной ревматологической службы состоит в совершенствовании организации специализированной медицинской помощи больным, особенно на амбулаторном этапе, разработке и внедрении новых методов ранней диагностики и эффективной терапии этой группы заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Агабабова Э.Р., Талыбов Ф.Ю., Мылов НМ, Шпрах М.Д. Симптоматика различных клинко-анатомических вариантов плече-лопаточного периартрита (периартроза). Ревматол., 1983 2, 48-51.
2. Астапенко М.Г., Эрялис П. С. Внесуставные заболевания мягких тканей опорно-двигательного аппарата. М., Медицина, 1975, 150.
3. Зборовский А. Б., Бабаева А.Р., Греков Р.А. Первичная фибромиалгия. Клинич. ревматол., 1994, 2, 43-49.
4. Насонова В.А., Астапенко М. Г. Клиническая ревматология. М., Медицина, 1989, 592.
5. Chard M.D., Hazieman B.L. Shoulder disorders in the elderly (a hospital study). Ann Rheum. Dis., 1987, 46, 9 684-687.
6. Frymoyer J.W., Pope M.H., Clements J.H. et al. Risk factors in low back pain. J. Bone Joint Surg., 1983, 65, 218-231.
7. Goldenberg D.J. Study of fibromyalgia: the past, the present, the future. J. Rheumatol., 1988, 15, 992-996.
8. Katz J.N., Larson M.G., Sabra A. et al. The carpal tunnel syndrome: diagnostic utility of the history and physical examination findings. Ann. Int. Med., 1990, 122, 1321-327.
9. Lanz U. Dupuytren'sche Kontraktur. Therapienwoche, 1987, 37, 46, 4403-4406.
10. Lundberg B.J. The frozen shoulder. Acta Orthop. Scand., 1969, suppl, 119.
11. Muller W. Generalisierte Tendomyopathie (Fibromyalgie). Darnstadt: Steinkopff Verlag, 1991.
12. Smythe H.A. Fibrositis as a disorder of pain modulation. Clin. Rheum. Dis., 1979, 5, 823-832.
13. Wolfe F., Smythe H.A., Yunus M.B. et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multicenter criteria committee. Arthr. Rheum., 1990, 33 (2), 160-172.
14. Wood P.H., Sturrock A.W., Badley E.M. Soft tissue rheumatism in the community. Clin. Rheum., Dis., 1979, 5, 743-753.
15. Yunus M., Masi A.T., Catabro J.J. et al. Primary fibromyalgia: a clinical study of 50 patients with matched normal controls. Semin. Arthr. Rheum., 1981, 11, 151-171.

Abstract.

The key questions of medical and social importance of soft tissue rheumatism, including their prevalence, the problems of their nomenclature, classification and unification of diagnostics as well as considered, the new versions of classification of soft tissue rheumatism and diagnostic criteria of primary fibromyalgia syndrome are offered.

Поступила 3.01.02.

Трибуна ревматолога

УДК: 616.72-002.77:614.2 (470.40)

РЕВМАТОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

В.Т. Комаров

Пензенская областная больница им. Н.Н. Бурденко, Пенза.

Пензенская область находится в Среднем Поволжье, занимает территорию 432 тыс кв км и протянулась с запада на восток на 330 км и с севера на юг на 204 км. В 2000г в области проживало 1530589 чел, из них 58,2% трудоспособного населения, 23,3% - лица пожилого возраста, 18,5% - детей. В состав области входят 28 районов, 10 городов, областной город - Пенза. В области насчитывается свыше 200 рек, наиболее крупные из них; Сура, Хопер, Мокша, Ворона. В производственной жизни области главную роль играют химическое и текстильное машиностроение, приборостроение, дизелестроение, создание вычислительной техники. Пензенской губернии в 2001 г исполнилось 200 лет. Демографическая ситуация в области неблагоприят-

ная, продолжает снижаться рождаемость и увеличиваться смертность населения. Так, рождаемость снизилась с 8,2 в 1995г до 7,2 в 2000г, а смертность выросла за то же время с 15,0 до 16,5 на 1000 жителей.

Ревматологическая служба в области представлена 35 ревматологами (20 «взрослых» и 15 педиатров). В области имеются 26 ревматологических кабинетов (13 взрослых и 13 детских), три отделения ревматологии (два взрослых и детское, в общей сложности на 165 коек). С 1987 г работает областное научное общество ревматологов. Ревматологическая служба Пензы начинает свою историю с 1962 г, когда в областной больнице им. Н.Н. Бурденко был открыт первый кардиоревматологический кабинет, а в