

Г.Г. Багирова

Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава, Кафедра поликлинической терапии, Оренбург

## СОСТОЯНИЕ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ С ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

**Контакты:** Генриетта Георгиевна Багирова [bagirova@yandex.ru](mailto:bagirova@yandex.ru)

*В статье приводятся результаты клинико-эпидемиологического исследования, проводившегося в разные годы среди подростков. Показано более частое выявление жалоб на состояние опорно-двигательного аппарата, нежели по обращаемости в поликлиники, и приведены данные по диагностике конкретной ревматической патологии. Передача подростков для обслуживания в детские поликлиники не улучшила выявляемости заболеваний опорно-двигательного аппарата. Обращается внимание на необходимость создания самостоятельной ревматологической службы в детских поликлиниках и целесообразность возвращения подростковой службы в общую сеть.*

**Ключевые слова:** ревматологическая служба, подростки, патология опорно-двигательного аппарата

### THE STATUS OF RHEUMATOLOGY CARE TO ADOLESCENTS WITH LOCOMOTOR APPARATUS PATHOLOGY IN THE ORENBURG REGION

G.G. Bagirova

Department of Polyclinic Therapy, Orenburg State Medical Academy, Russian Agency for Health Care, Orenburg

**Contact:** Genrietta Georgiyevna Bagirova [bagirova@yandex.ru](mailto:bagirova@yandex.ru)

*The paper gives the results of clinical and epidemiological studies conducted among adolescents in different years. It shows their more complaints about the state of the locomotor apparatus than their more polyclinic visits and presents data on the diagnosis of a specific rheumatic disease. Transfer of adolescents to be served at children's polyclinics has not improved the detection rates for locomotor system diseases. Attention is drawn to the fact that it is necessary to set up an independent rheumatology service at the children's polyclinics and it is expedient to return the adolescent service to the general practice network.*

**Key words:** rheumatology service, adolescents, locomotor apparatus pathology

В последние два десятилетия, по данным управления медицинской статистики МЗиСР РФ, темпы роста заболеваемости болезнями костно-мышечной системы (БКМС; XIII класс) существенно превышают рост заболеваемости по всем регистрируемым классам болезней. Так, по данным В.А. Насоновой и О.М. Фоломеевой [1], за 3 года (1995–1997) последняя увеличилась среди взрослых на 2,2%, среди подростков – на 10%, среди детей – на 2,2%. Заболеваемость же БКМС возросла на 7,1; 43,7 и 21% соответственно. Обращает на себя внимание значительный рост числа БКМС среди подростков.

Общая распространенность заболеваний опорно-двигательного аппарата (ОДА) с 1988 по 1997 г. выросла с 7,5 млн до 11,2 млн, увеличившись более чем на 49% [2]. Значительная часть этих случаев приходится на больных остеоартрозом (ОА). Увеличение заболеваемости приводит к росту временной нетрудоспособности и первичной инвалидности среди лиц трудоспособного возраста. Все это делает актуальным раннее выявление заболеваний ОДА, полноценную диагностику и назначение адекватного лечения среди молодых, в частности подростков.

На протяжении нескольких лет на кафедре поликлинической терапии Оренбургской медицинской академии проводятся исследования по распространенности ревматических заболеваний среди подростков.

Данные литературы, как правило, касаются подростков, обратившихся за медицинской помощью. Однако чтобы представить истинный масштаб проблемы, необходимы эпидемиологические исследования, позволяющие выявить неучтенный контингент лиц с ревматическими заболеваниями. Проводимые в 80-х годах прошлого века в бывшем СССР и в

более поздние сроки на нашей кафедре исследования касались взрослого населения, занятого в различных отраслях промышленности. Между тем нам представлялось, что имеет место неоправданное отсутствие должного интереса к патологии суставов в детском и подростковом периоде, так как, по данным статистики, подростки редко обращаются в поликлиники за медицинской помощью, хотя имеются случаи поступления в стационары или обращения на консультативные приемы пациентов с довольно запущенными формами болезни. В связи с этим нами была предпринята попытка целенаправленного изучения эпидемиологии поражений ОДА у подростков по унифицированной методике.

В наиболее раннем исследовании [3, 4] впервые целенаправленно изучалась распространенность дегенеративных заболеваний ОДА среди учащихся 8–11-х классов 8 школ Дзержинского района г. Оренбурга. Было проанкетировано 2260 подростков 14–17 лет, в том числе 880 юношей и 1380 девушек. Полнота охвата эпидемиологическим исследованием составила 98,2% от списочного состава учеников. Жалобы на боли в ОДА имелись у 29,7% подростков, из них в периферических суставах – у 16,5%, в позвоночнике – у 13,2%. В старших классах частота жалоб была больше. Так, в 11-м классе боли регистрировались в 3,2 раза чаще, чем в 7–8-м классах, в основном за счет болей в позвоночнике (в 7,2 раза), и в периферических суставах (в 2 раза). Девушки предъявляли жалобы чаще и в большем количестве. В соответствии с диагностическими критериями, рекомендованными Л.И. Беневоленской и М.М. Бржезовским для эпидемиологических исследований [5], суммарная распространенность ОА у подростков составила 9,2%, из них определенного – 6,77%, вероят-

ного — 2,43%. В структуре ОА преобладал остеохондроз (ОХ) — 8,29%. Согласно классификации М.Г. Астапенко и Л.И. Беневоленской от 1984 г., поражение суставов позвоночника рассматривается как одна из локализаций ОА. Патология ОДА также чаще выявлялась у девушек.

Анкетирование показало, что только 6,94% опрошенных считают, что у них есть заболевание ОДА, а 50% подростков относят себя к полностью здоровым. 15% больных отрицают пользу профилактических мероприятий, а 20,36% больных с дегенеративными заболеваниями ОДА отмечают их безрезультатность.

Проведено углубленное клинично-рентгенологическое исследование 170 человек, имевших боли механического характера в периферических суставах (56 человек) и позвоночнике (114 человек). У 39,13% (из 56) был диагностирован ОА периферических суставов, из них определенный — у 15,22%, вероятный — у 23,31%. У 86% (из 114) выявлены рентгенологические изменения в различных отделах позвоночника, чаще в шейном (уменьшение межпозвонковых дисков, субхондральный остеосклероз, остеофиты). У 42,2–48,0% из 98 человек с выявленными рентгенологическими изменениями они соответствовали I и II стадиями, а у 9,8% уже имелась III стадия. При определении рентгенологической стадии использовалась модифицированная А.А. Скоромцом и соавт. методика [6]. В процессе полного обследования подростков с болями в позвоночнике вероятный ОХ обнаружен в 19,2%, определенный — в 70%, а суммарный — в 89,2% случаев.

Проведенное среди 15–18-летних девушек скринирующее анкетирование [7] также выявило целый ряд ревматических жалоб, среди которых преобладали жалобы на боли в позвоночнике (17,1%) и суставах (16,2%).

Полученные данные свидетельствуют о том, что поражение ОДА является значимой проблемой не только у взрослого населения, но уже и у подрастающего поколения.

Целенаправленное изучение эпидемиологии и клинических особенностей синдрома боли в нижнем отделе спины (БНС) проведено у подростков, проживающих в различных регионах области [8–10]. Объектом исследования были подростки мужского пола в возрасте от 14 до 17 лет, проживающие в городах Оренбурге и Орске, различающиеся между собой, главным образом, по степени влияния факторов окружающей среды. С помощью анкет был проведен первичный скрининг соответственно 878 и 510 подростков. Распространенность БНС в Оренбурге составила 19%, в Орске — 29,6%. Отмечалось увеличение распространенности БНС с возрастом.

При рентгенологическом исследовании патология поясничного отдела позвоночника выявлена у 48,3% подростков с БНС: 45% (27 из 60) оренбуржцев и 51,7% (31 из 60) орчан. Среди выявленных изменений следует отметить указания на спондилолистез, болезнь Кальве, открытый сакральный канал, *spina bifida*, сколиоз. Однако среди оренбуржцев признаки ОХ поясничного отдела имелись в 33% случаев, а среди орчан — в 17%.

Проведенное исследование позволило для каждого из городов выделить факторы риска, увеличивающие вероятность БНС как у отдельного человека, так и в популяции. Полученные данные не до конца объясняют различия в распространенности БНС у подростков, проживающих в Оренбурге и Орске, но косвенно подтверждают гипотезу о возможном влиянии экологических факторов. В то же время обращаемость подростков за медицинской помощью оказалась не адекватной имеющейся проблеме. Только 28–32% подростков обращались с острой БНС к врачам поликлиники, и только 23–39% из обра-

тившихся отмечали улучшение от проводимого лечения. Вместе с этим в работе было показано, что довольно часто причиной БНС среди подростков является мышечно-тонический синдром, а потому эффективными могут быть такие немедикаментозные методы лечения, как массаж, мануальная терапия, лечебная физкультура, физиотерапия, иглорефлексотерапия. Однако выявление симптомов ОХ позвоночника уже в подростковом возрасте делает целесообразным и назначение препаратов, обладающих хондропротективным действием.

Полученные в результате эпидемиологических исследований данные свидетельствуют о том, что необходимо активное выявление подростков, имеющих жалобы на состояние ОДА, для последующего углубленного обследования, лечения и дальнейшего диспансерного наблюдения.

В педиатрической практике нередко фигурирует диагноз «недифференцированная дисплазия соединительной ткани» (НДСТ). В работах была выявлена определенная связь между ней и развитием патологии суставов, на основании чего было сделано предположение о возможной роли НДСТ в развитии ревматической патологии. Так, скринирующее анкетирование [11–13] выявило большую распространенность ревматических жалоб среди лиц с соединительнотканной дисплазией сердца. Преобладали жалобы на боли в позвоночнике и суставах. При детальном обследовании у большинства таких пациентов диагностированы ОХ и ОА.

Для уточнения связи НДСТ с развитием ОДА проведен сравнительный анализ распространенности признаков НДСТ при разных видах суставной патологии [14]. Для обследования использовалась фенотипическая карта синдрома НСТД, составленная М.Г. Glesby на основании характерных внешних фенотипических признаков. Наиболее полный перечень их дан Э.В. Земцовским [15]. Внешние фенотипические признаки представлены увеличением продольных размеров тела, гипермобильностью суставов, нарушением осанки, деформацией грудной клетки и другими изменениями со стороны кожи, скелета, глаз. Помимо этого выявлялись признаки дисплазии соединительной ткани со стороны внутренних органов и ЦНС. Отмечено, что признаки НДСТ могут встречаться в различном количестве и в самых разных комбинациях, не обнаруживая четкой связи с какой-то конкретной патологией суставов. Но при артритах их число значительно выше, чем при ОА. Так, при ОА лишь 23 из 63 больных имели более 11 признаков. При серопозитивном РА 5 из 7 больных имели более 16 признаков НСТД. При серонегативном РА и спондилоартритах все пациенты имели более 11 признаков. Такое же количество их было у 11 из 21 обследуемого с реактивными артритами. Таким образом, можно предположить, что наличие большого количества фенотипических признаков НСТД играет роль одного из факторов риска в развитии воспалительного поражения суставов. Для оценки значения данного синдрома были вычислены его специфичность, чувствительность, положительная и отрицательная значимость (табл. 1). Установлено, что с увеличением числа признаков НДСТ растут их специфичность и положительная прогностическая значимость. Регрессионный анализ показал, что на формирование артрита влияет наличие более 11 признаков НДСТ ( $\beta=0,328$ ). При реактивном артрите риск был выше ( $\beta=0,54$ ) при наличии 16 признаков и более.

В конце 90-х годов XX в., когда выполнялись первые исследования, обслуживание подростков производилось в рамках подростковой службы врачом-терапевтом, имеющим соответствующую специализацию, во взрослой поликлинике, в штат которой входит врач-ревматолог. Полученные нами ре-

Таблица 1

Показатели чувствительности, специфичности и прогностической значимости НСТД при патологии суставов (%)

Число признаков НСТД	Серопозитивный РФ				Серонегативный РФ				Спондилоартриты				Реактивный артрит			
	Ч	С	ППЗ	ОПЗ	Ч	С	ППЗ	ОПЗ	Ч	С	ППЗ	ОПЗ	Ч	С	ППЗ	ОПЗ
11–15	–	–	–	–	66,7	76,2	21,1	96	33,3	76,2	6,25	96	23,8	76,2	25	75
16–20	42,9	88,9	30	93,3	16,7	88,9	12,5	91,8	–	–	–	–	28,6	88,9	46,2	78,87
>20	28,6	88,9	33,3	91,8	16,7	93,7	20	92,2	66,7	93,7	33,3	98,3	–	–	–	–

**Примечание.** Ч – чувствительность, С – специфичность, ППЗ – положительная прогностическая значимость, ОПЗ – отрицательная прогностическая значимость.

зультаты свидетельствовали о довольно низкой обращаемости подростков и небольшой частоте выявления у них ревматических заболеваний. Показатели изменились при целенаправленном выявлении лиц с жалобами на боли в суставах, обследовании и лечении их сотрудниками кафедры поликлинической терапии, расположенной на этих базах.

5 мая 1999 г. вышел приказ МЗ РФ №154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста», а приказ Минздрава СССР от 10.04.91 г. №387 «О мерах по совершенствованию медико-санитарной помощи подросткам» утратил силу на территории Российской Федерации. Указывалось на необходимость «в срок до 1 января 2002 года осуществить поэтапный перевод медицинского обеспечения детей в возрасте с 15 до 17 лет включительно в детские амбулаторно-поликлинические учреждения путем прекращения передачи их в амбулаторно-поликлинические учреждения общей сети». На наш взгляд, такое решение было в какой-то степени вынужденной мерой для сохранения педиатрических кадров в условиях низкой в те годы рождаемости. Сам приказ содержит в себе противоречие, так как предполагает наблюдение за подростками в детских поликлиниках, а оказание стационарной помощи – в стационарах общей сети по направлениям педиатров, хотя в индивидуальном порядке по решению главных врачей можно осуществлять госпитализацию в детские больницы. Известно, что врачи-педиатры в большей мере уделяют внимание новорожденным и детям первых лет жизни, болезни которых им более понятны. Сами подростки крайне редко обращаются в детские поликлиники, так как испытывают дискомфорт, ожидая очередь на прием к врачу, сидя рядом с малышами. Физиологические особенности подростков таковы, что и болезни у них протекают уже как у взрослых, что требует иных подходов к лечению. В детских поликлиниках нет приема врача-ревматолога. Обязанности по приему ревматологических больных возложены на кардиолога, в структуре принятых больных у которого преобладает, естественно, патология сердечно-сосудистой системы. Из 400 больных, состоящих на диспансерном учете у кардиолога в детских поликлиниках Дзержинского района Оренбурга, только 4% приходится на детей с ревматическими заболеваниями.

Для оказания медицинской помощи подросткам в образовательных учреждениях предполагается создание специального отделения, в штат которого могут вводиться должности подростковых врачей-терапевтов. К тому же еще 17 сентября 1984 г. был издан приказ МЗ РСФСР №653 «О мерах по дальнейшему улучшению медико-санитарного обслуживания студентов вузов и учащихся средних специальных учебных заведений», в связи с чем были открыты так называемые студенческие поликлиники. Деятельность их также вызывает немало нареканий. Студенты теряют возможность обращаться в

территориальную поликлинику. На основании статьи 30 («Права пациента», п. 2) «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (утв. ВС РФ 22.07.1993 г. №5487-1; ред. от 28.09.2010 г.) любой, в том числе и студент, имеет право на «выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования». По закону поликлиника по месту жительства не имеет права отказать в медицинской помощи учащемуся, и закрепление его исключительно за студенческой поликлиникой, в которой нет врача-ревматолога, является неправомерным.

В самой преамбуле к этому закону указывается, что «нередко медицинские осмотры студентов проводятся без необходимых лабораторных анализов, к их проведению не привлекаются врачи-специалисты, не все выявленные больные берутся на диспансерный учет, много недостатков в организации врачебной помощи узких специалистов».

15 января 2007 г. МЗиСР РФ издал приказ №29 «О совершенствовании организации ревматологической помощи детям в Российской Федерации», в котором указывается, что в штатное расписание детских поликлиник вводится должность врача-педиатра, оказывающего ревматологическую помощь детям из расчета 0,2 ставки на 10 тыс. детского населения и имеющего специализацию по «детской ревматологии». Однако, несмотря на то что прошло уже 4 года, в детских поликлиниках Оренбурга таких врачей нет, а больных консультируют кардиологи.

Мы вновь обратили внимание на целый ряд недостатков в ведении подростков с ревматическими заболеваниями, которые были отчасти выявлены в процессе консультирования, диагностики и лечения подростков, активно направляемых на кафедру поликлинической терапии врачами детских и студенческих поликлиник. Вновь проведено скринирующее анкетирование [14] 1000 учащихся 9–11-х классов 6 школ Дзержинского района и 550 студентов I–II курсов Оренбургской медицинской академии (средний возраст 16,68±1,61 года). Выявлено, что припухание суставов в анамнезе или в настоящее время беспокоило 11,29%, а боли в суставах –30,39% респондентов. Только в 1,23% случаев ранее были выставлены диагнозы ОА или ревматоидного артрита, как правило, участковым педиатром.

Полученные данные можно объяснить либо низкой обращаемостью детей за медицинской помощью, либо недооценкой имеющейся симптоматики и плохой диагностикой суставной патологии. Последнее подтверждается тем, что при полном обследовании, принятом в ревматологии и проведенном сотрудниками кафедры, не все выставленные ранее в детской поликлинике диагнозы подтверждались.

Детальному обследованию было подвергнуто 100 подростков из числа положительно ответивших на вопросы скринирующей анкеты либо направленных на консультацию

Таблица 2

Эволюция диагнозов обследуемых пациентов

Направительные диагнозы	Верифицированные диагнозы				
	РА (РФ-) n=6	РА (РФ+) n=7	РеА n=21	АС n=3	ОА n=63
Ювенильный артрит (РФ-), n=6	—	—	4	1	1
Ювенильный артрит (РФ+), n=6	—	6	—	—	—
РеА, n=10	5	1	2	—	2
Остеоартроз, n=4	—	—	1	1	2
Посттравматический артрит, n=1	—	—	1	—	—
Артралгия, n=73	1	—	13	1	58

**Примечание.** РА — ревматоидный артрит, РеА — реактивный артрит, АС — анкилозирующий спондилит, ОА — остеоартроз, РФ — ревматоидный фактор.

или состоящих на диспансерном учете по поводу заболевания суставов. Результаты, полученные при сравнении направительных и уточненных диагнозов, представлены в табл. 2.

Данные таблицы показывают, что диагноз оставался прежним только у тех больных, которым в детстве был выставлен серопозитивный вариант ювенильного артрита. В остальных случаях нередко имела место неправильная диагностика заболеваний. Уже в детском возрасте состояние некоторых больных соответствовало диагностическим критериям реактивных артритов, спондилоартритов, ОА, но в большинстве случаев они наблюдались с диагнозом ювенильного хронического артрита.

Среди наших пациентов был подросток, которому назначили метотрексат по поводу ювенильного серонегативного ревматоидного артрита, который он отказывался принимать из-за плохой переносимости. При анализе его медицинской карты и осмотре на консультативном приеме было решено, что имеет место рецидивирующая носоглоточная стрептококковая инфекция с явлениями повторяющихся атак артрита. Проведенная антибактериальная терапия привела к улучшению состояния ребенка.

Одна из пациенток в течение 6 лет наблюдалась в детской поликлинике с диагнозом ОА. Дополнительное обследование с учетом клинических проявлений позволило выставить ей диагноз анкилозирующего спондилоартрита с явлениями двустороннего сакроилеита III рентгенологической стадии.

Таким образом, наши исследования показывают, что передача подростков в детские поликлиники никоим образом не улучшила ревматологическую помощь им. Поэтому целесообразно в связи с изменившейся демографической ситуацией (повышением рождаемости) вновь вернуть подростковую службу в общую сеть. В то же время следует помнить, что многие болезни имеют начало в детском возрасте, и ревматические болезни не являются исключением.

В связи с этим следует повысить внимание к ревматологической помощи детям и усилить контроль за реализацией принятых законов.

Недостаточные знания врачей первичного звена (педиатров) и отсутствие консультации ревматолога ограничивают возможности своевременной диагностики заболеваний суставов.

Для повышения качества диагностики и лечения пациентов ревматологического профиля необходимо постоянно повышать уровень знаний участковых педиатров в соответствующей области и сделать более доступной амбулаторную ревматологическую помощь детям. Результаты исследований по распространенности патологии суставов, как в подростковой, так и во взрослой службе, необходимо учитывать при планировании видов и объемов медицинской помощи на федеральном и муниципальном уровнях. Следует шире внедрять современные диагностические методы, принятые в ревматологии, в работу амбулаторного звена, так как обследование в коммерческих диагностических центрах детям и подросткам часто не доступно. Необходимо контролировать выполнение на местах приказов МЗиСР РФ и ускорить их реализацию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонова В.А., Фоломеева О.М. Медико-социальные проблемы хронических заболеваний суставов и позвоночника. Тер арх 2000;5:5–9.
2. Насонова В.А. Международная декада, посвященная костно-суставным нарушениям. Рус мед журн 2000;8(9):369–71.
3. Журавлева М.О. Распространенность заболеваний опорно-двигательного аппарата среди подростков. Молодые ученые — здравоохранению. Оренбург, 1994;33–4.
4. Журавлева М.О., Багирова Г.Г., Савинкова Т.А. Клинико-рентгенологические изменения позвоночника у подростков. Клин ревматол 1995;4:7–11.
5. Беневоленская Л.И., Бржезовский М.М. Эпидемиология ревматических болезней. М., 1988;240 с.
6. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (Вертебрология). М.: МЕД-пресс-информ, 2003;672 с.
7. Сиротина Г.В., Багирова Г.Г. Распространенность ревматических жалоб и последствий ревматической лихорадки у девушек-подростков г. Оренбурга. Науч-практич ревматол 2004;2:8–13.
8. Багирова Г.Г., Бегун Д.Н., Салихов М.О. Эпидемиологические аспекты синдрома болей в нижней части спины. М.: Медицина, 2005;131 с.
9. Бегун Д.Н., Багирова Г.Г. Распространенность и факторы риска синдрома боли в нижнем отделе спины у подростков, проживающих в городах Оренбурге и Орске. Науч-практич ревматол 2004;2:8–13.
10. Насонова В.А., Багирова Г.Г. Боли в нижней части спины у подростков. Лечащий врач 2005;1:40–2.
11. Ткаченко И.В., Багирова Г.Г. Дисплазия соединительной ткани и ревматические заболевания. Тез. III съезда ревматологов России. Науч-практич ревматол Рязань 2001;30:108.
12. Ткаченко И.В. Распространенность и причины артралгий у пациентов с соединительнотканной дисплазией сердца. Тез. Конгресса ревматологов России. Науч-практич ревматол 2003;41:151.
13. Ткаченко И.В. Соединительнотканная дисплазия как фактор риска развития ревматических заболеваний. Науч.-практич. конф. «Современные аспекты ревматических заболеваний». Тез. М., 2004;с.116.
14. Кравцова О.Н., Багирова Г.Г., Ткаченко И.В. Распространенность и структура ювенильных артритов у лиц молодого возраста. Урал мед журн 2010;4:112–6.
15. Земцовский Э.В. Соединительнотканная дисплазия сердца. СПб.: Политекс, 2000;115 с.

Поступила 31.01.2011