УДК 616-002.77-085-07-08+614.2+369.223.223
DOI: 10.56871/CmN-W.2024.77.77.014

ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ (НА ПРИМЕРЕ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 2 СВЯТОЙ МАРИИ МАГДАЛИНЫ)

© Андрей Вячеславович Сантимов[1, 2], Олеся Александровна Тамм[2]

[1] Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2
[2] Детская городская больница № 2 Святой Марии Магдалины. 199053, г. Санкт-Петербург, 1-я линия Васильевского острова, д. 58, лит. А

Контактная информация:
Андрей Вячеславович Сантимов — к.м.н., ассистент кафедры детских болезней им. профессора И.М. Воронцова ФП и ДПО; врач-ревматолог. E-mail: a.santimoff@gmail.com ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4750-5623 SPIN: 1362-9140

Для цитирования: Сантимов А.В., Тамм О.А. Вопросы оказания амбулаторной ревматологической помощи детям в Санкт-Петербурге (на примере Детской городской больницы № 2 Святой Марии Магдалины) // Children's Medicine of the North-West. 2024. Т. 12. № 3. С. 121–129. DOI: https://doi.org/10.56871/CmN-W.2024.77.77.014

Поступила: 31.05.2024 **Одобрена: 02.08.2024** **Принята к печати: 10.09.2024**

Резюме. *Введение.* Эффективность оказания специализированной ревматологической помощи детскому населению напрямую зависит от полноты и качества данных о распространенности ревматических заболеваний у детей, при анализе которой учитываются не только численность пациентов с ревматическими заболеваниями, но и особенности их течения и маршрутизации («портрет» и «путь» пациента). *Цели и задачи.* Описать «путь» и «портрет» всех пациентов, обратившихся на амбулаторный прием врача-ревматолога в течение 5 месяцев. *Материалы и методы.* В ходе амбулаторных приемов врачом-ревматологом фиксировался возраст и пол, жалобы пациента, диагноз направления, назначенная ранее терапия, для первичных пациентов дополнительно уточнялось, какой специалист направил их на консультацию, и была ли им проведена первичная диагностика в полном объеме. По результатам приема записывали установленный диагноз и назначенную терапию, фиксировали частоту принципиальных расхождений диагнозов и случаев неадекватной терапии, частоту направлений пациентов на экстренную и плановую госпитализацию в ревматологическое отделение. *Результаты*. Представлен «путь» и «портрет» всех пациентов, обратившихся на амбулаторный прием врача-ревматолога в течение 5 месяцев. Из 335 проведенных приемов было 204 (60,9%) первичных обращения и 131 (39,1%) повторное. Принципиальное расхождение диагноза направления и диагноза, установленного в ходе консультации, было зафиксировано в 53 случаях (15,82%). В 15 случаях (4,48%) была отмечена явная неадекватность проводимой до консультации ревматолога терапии. Среди 204 пациентов, осмотренных ревматологом первично, только у 168 (82,35%) были выполнены минимально необходимые лабораторные исследования, рентгенография суставов — у 119 (58,33%), ультразвуковое исследование суставов — у 84 (41,18%). *Выводы.* Необходимо повышение обеспеченности амбулаторного звена врачами-ревматологами и повышение уровня подготовки в вопросах диагностики и лечения ревматических заболеваний у специалистов, выполняющих функции врачей-ревматологов в их отсутствие.

Ключевые слова*: ревматические заболевания, дети, амбулаторный прием*

ISSUES OF OUTPATIENT RHEUMATOLOGY CARE FOR CHILDREN IN ST. PETERSBURG (USING THE EXAMPLE OF ST. MARY MAGDALENE CHILDREN'S CITY HOSPITAL № 2)

© Andrey V. Santimov[1, 2], Olesya A. Tamm[2]

[1] Saint Petersburg State Pediatric Medical University. 2 Lithuania, Saint Petersburg 194100 Russian Federation
[2] Saint Mary Magdalene Children's City Hospital № 2. 58A 1st line of Vasilievsky Island, Saint Petersburg 199053 Russian Federation

Contact information:
Andrey V. Santimov — Candidate of Medical Sciences, Assistant at the Department of Childhood Diseases named after Professor I.M. Vorontsov FP and DPO; rheumatologist. E-mail: a.santimoff@gmail.com ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4750-5623 SPIN: 1362-9140

ISSN 2221-2582

For citation: Santimov AV, Tamm OA. Issues of outpatient rheumatology care for children in Saint Petersburg (using the example of St. Mary Magdalene Children's City Hospital № 2). Children's Medicine of the North-West. 2024;12(3):121–129. DOI: https://doi.org/ 10.56871/CmN-W.2024.77.77.014

Received: 31.05.2024 **Revised: 02.08.2024** **Accepted: 10.09.2024**

Abstract. *Introduction.* The effectiveness of providing specialized rheumatological care to the pediatric population directly depends on the completeness and quality of data on the prevalence of rheumatic diseases in children, the analysis of which takes into account not only the number of patients with rheumatic diseases, but also the peculiarities of their course and routing ("portrait" and "pathway" of the patient). *Purposes and tasks.* Describe the "pathway" and "portrait" of all patients who have applied for an outpatient appointment with a rheumatologist for 5 months. *Materials and methods.* During outpatient appointments, the rheumatologist recorded the age and gender, the patient's complaints, the diagnosis of the referral, the previously prescribed therapy, for primary patients it was additionally clarified which specialist referred them for consultation, and whether they had a full primary diagnosis. Based on the results of the admission, the established diagnosis and prescribed therapy were recorded, the frequency of fundamental differences in diagnoses and cases of inadequate therapy, the frequency of referrals of patients to emergency and planned hospitalization in the rheumatology department were recorded. *Results.* The "pathway" and "portrait" of all patients who applied for an outpatient appointment with a rheumatologist for 5 months are presented. Of the 335 receptions conducted, there were 204 (60.9%) initial applications, 131 (39.1%) repeated ones. A fundamental discrepancy between the diagnosis of the referral and the diagnosis established during the consultation was recorded in 53 cases (15.82%). In 15 cases (4.48%), there was a clear inadequacy of the therapy carried out before the consultation with a rheumatologist. Among the 204 patients examined by a rheumatologist initially, only 168 (82.35%) had the minimum necessary laboratory tests, joint radiography in 119 (58.33%), ultrasound examination of joints in 84 (41.18%). *Conclusions.* It is necessary to increase the provision of outpatient rheumatologists and increase the level of training in the diagnosis and treatment of rheumatic diseases among specialists who perform the functions of rheumatologists in their absence.

Keywords*: rheumatic diseases, children, outpatient admission*

ВВЕДЕНИЕ

В начале XXI века в Российской Федерации, как и во всем мире, отмечается четкая тенденция к увеличению числа диагностированных ревматических заболеваний у детей [1, 2]. Эффективность оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, ревматологической помощи детскому населению напрямую зависит от полноты и качества данных о распространенности ревматических заболеваний у детей, а при анализе полученной информации необходимо учитывать не только численность пациентов с ревматическими заболеваниями, но и особенности течения данных заболеваний и маршрутизации пациентов («портрет» и «путь» пациента соответственно) [2, 3]. Основные проблемы, с которыми сталкиваются пациенты в начале этого «пути», — недостаточная обеспеченность амбулаторного звена врачами-ревматологами и недостаточная подготовка в вопросах диагностики и лечения ревматических заболеваний у специалистов, вынужденно выполняющих их функции (педиатров, врачей общей практики, травматологов-ортопедов, детских кардиологов и других врачей-специалистов амбулаторного звена) [2, 4]. При этом собственный опыт оказания амбулаторной ревматологической помощи населению в Российской Федерации публикуется крайне редко, как на примере взрослых пациентов [5, 6], так и в детской сети [7, 8]. Детская городская больница (ДГБ) № 2 Святой Марии Магдалины — единственная из городских больниц Санкт-Петербурга, имеющая в своей структуре ревматологическое отделение, а расположенный на ее базе консультативно-диагностический центр (КДЦ) имеет в своем штатном расписании наибольшее число врачей-ревматологов (как штатных единиц, так и физических лиц) среди всех КДЦ Санкт-Петербурга, оказывающих помощь детскому населению [9, 10], так что анализ выборки пациентов, направленных на амбулаторный прием врача-ревматолога КДЦ ДГБ № 2, в значительной степени отражает общую ситуацию с оказанием амбулаторной ревматологической помощи детям в Санкт-Петербурге.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Описать «путь» и «портрет» всех пациентов, обратившихся на амбулаторный прием одного из врачей-ревматологов КДЦ ДГБ № 2 в течение 5 месяцев.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 4 октября 2023 года по 6 марта 2024 года врачом-ревматологом, принимающим в КДЦ ДГБ № 2 на 0,25 ставки, проведено 335 амбулаторных приемов детей в возрасте от 10 месяцев до 18 лет (медиана 10,1 года). В ходе приемов фиксировался возраст и пол пациента, уточнялось, первичный ли это

или повторный прием (отдельно фиксировались пациенты, обратившиеся на прием к данному ревматологу впервые, но ранее консультированные другими ревматологами), для первичных пациентов уточнялось, кто их направил на консультацию (врачи поликлиники — педиатр, травматолог-ортопед, детский хирург, детский кардиолог, педиатр приемного отделения ДГБ № 2, врачи-специалисты КДЦ ДГБ № 2). Фиксировались жалобы пациента, диагноз направления, назначенная ранее терапия, для первичных пациентов дополнительно уточнялось, была ли проведена в полном объеме первичная диагностика (лабораторная, ультразвуковая и рентгенологическая). По результатам приема записывали установленный диагноз и назначенную терапию, фиксировали частоту принципиальных расхождений диагнозов, установленных до и после приема ревматолога, и частоту случаев неадекватной ранее назначенной терапии, частоту направлений пациентов на экстренную и плановую госпитализацию в ревматологическое отделение. Полученная информация вносилась в электронную базу данных с использованием программного обеспечения Microsoft Office Excel 2016. В работе анализировались качественные признаки, которые были представлены в виде абсолютных чисел (n) и экстенсивных показателей (%).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Распределение пациентов по возрасту и полу представлено в таблице 1.

Из 335 проведенных приемов было 204 (60,9%) первичных обращений и 131 (39,1%) повторное. Среди первичных пациентов 54 (16,12% общего числа пациентов) когда-либо ранее были осмотрены другими ревматологами как ДГБ № 2, так и других лечебных учреждений, 150 пациентов (44,78% всех приемов) были осмотрены ревматологом впервые. Из них 50 пациентов (33,33%) были направлены педиатрами поликлиник, 33 пациента (22%) — педиатрами приемного отделения ДГБ № 2, 32 пациента (21,33%) направлены травматологами-ортопедами, 9 пациентов (6%) были направлены на плановую консультацию ревматолога после выписки из педиатрических отделений ДГБ № 2, 6 пациентов (4%) направлены ЛОР-врачами поликлиник, 4 пациента (2,67%) направлены хирургами поликлиник, по 3 пациента (2%) направлены кардиологами, гастроэнтерологами, аллергологами, по 2 пациента (1,33%) направлены инфекционистами и офтальмологами и по 1 пациенту (0,67%) — нефрологом, дерматологом и неврологом.

Из 335 направленных на амбулаторную консультацию ревматолога пациентов у 142 детей (42,39%) единственной жалобой были боли в суставах без каких-либо объективных симптомов их воспаления. Жалобы на наличие объективных признаков артрита (отечность одного или нескольких суставов, ограниченная подвижность в суставе, невозможность опоры на ногу, хромота и т.д.) отмечались у 91 пациента (27,16%). У 23 пациентов (6,87%) никаких суставных жалоб не отмечалось, но были разнообразные внесуставные жалобы, подозрительные на предмет дебюта ревматического заболевания (у 13 пациентов поражение кожи, у 5 — лихорадка неясного генеза, у 3 — воспалительные заболевания глаз и по 1 пациенту с тиками и феноменом Рейно). 19 пациентов (5,67%) были направлены на амбулаторную консультацию ревматолога исключительно в связи с изменениями в анализах крови, в отсутствие какой-либо клинической картины (у 17 из них отмечалось повышение антистрептолизина О и по 1 пациенту с повышением щелочной фосфатазы и антинуклеарного фактора). 60 пациентов (17,91%) не имели никаких жалоб на момент обращения, но имели диагностированное ранее заболевание

Таблица 1. Распределение пациентов по возрасту и полу

Table 1. Distribution of patients by age and gender

Пациенты, n (%) / Patients, n (%)	Всего 335 (100%), из них 172 (51,34%) мужского пола (м.) / Total 335 (100%), of which 172 (51,34%) are male (m.)
Младенческого возраста (младше 1 года) / Infant age (under 1 year old)	1 (0,3%) м. (m.)
Раннего детского возраста (от 1 до 3 лет) / Early childhood (from 1 to 3 years old)	15 (4,48%), из них / of which 6 (40%) м. (m.)
Дошкольного возраста (от 3 до 7 лет) / Preschool age (from 3 to 7 years old)	67 (20%), из них / of which 41 (61,19%) м. (m.)
Младшего школьного возраста (от 7 до 12 лет) / Primary school age (from 7 to 12 years old)	129 (38,5%), из них / of which 73 (56,59%) м. (m.)
Подросткового возраста (от 12 до 18 лет) / Adolescents (from 12 to 18 years old)	123 (36,72%), из них / of which 51 (41,6%) м. (m.)

Таблица 2. Структура диагнозов направления и установленных диагнозов

Table 2. The structure of diagnoses of referral and established diagnoses

Диагнозы / Diagnoses	Диагнозы направления / Diagnoses of referral	Установленные диагнозы / Established diagnoses
M02/M13 — Артрит неуточненный, реактивный, постстрептококковый и другие постинфекционные артриты, в том числе транзиторный синовит тазобедренного сустава / Unspecified arthritis, reactive, poststreptococcal and other post-infectious arthritis arthritis, including transient synovitis of the hip joint	137 (40,9%), из них / of which 88 (64,23%) м. (m.)	115 (34,33%), из них / of which 82 (71,3%) м. (m.)
M25.5/M35.7 — Артралгии, синдром гипермобильности суставов / Arthralgia, joint hypermobility syndrome	87 (25,97%), из них / of which 39 (44,83%) м. (m.)	114 (34,03%), из них / of which 45 (39,47%) м. (m.)
M08 — Ювенильный идиопатический артрит / Juvenile idiopathic arthritis	55 (16,42%), из них / of which 16 (29,09%) м. (m.)	50 (14,93%), из них / of which 14 (28%) м. (m.)
A49.1/B95.5 — Неосложненная стрептококковая инфекция, носительство стрептококка / Uncomplicated streptococcal infection, carrier of streptococcus	24 (7,16%), из них / of which 10 (41,67%) м. (m.)	18 (5,37%), из них / of which 8 (44,44%) м. (m.)
Прочие	32 (9,55%), из них / of which 19 (59,37%) м. (m.)	38 (11,34%), из них / of which 23 (60,53%) м. (m.)

костно-мышечной системы / соединительной ткани и были осмотрены в рамках диспансерного наблюдения.

В таблице 2 представлена структура наиболее частых диагнозов, с которыми пациенты были направлены на консультацию ревматолога, и структура установленных в ходе консультации диагнозов.

Среди прочих диагнозов направления было 4 пациента (1,19%) с установленными ранее ортопедическими диагнозами, направленных на консультацию ревматолога перед прохождением медико-социальной экспертизы (аваскулярный некроз головки бедра, врожденный вывих бедра, болезнь Пертеса, юношеский идиопатический сколиоз), 4 пациента (1,19%) с диагнозом направления «узловатая эритема», по 2 пациента (0,6%) с диагнозами направления «дерматомиозит», «аутовоспалительное заболевание» и «васкулит, ограниченный кожей неуточненный» и по 1 пациенту (0,3%) с диагнозами направления «локализованная склеродермия», «идиопатическая крапивница», «синдром Рейно», «геморрагический васкулит», «системный васкулит неуточненный», «системная красная волчанка», «артрит, ассоциированный с воспалительным заболеванием кишечника». Кроме того, 5 пациентов (1,49%) были направлены с откровенно непрофильными диагнозами (поверхностная травма голени, нарушение сердечного ритма, витилиго, аллергический контактный дерматит, инфекции, вызванные вирусом герпеса), а 6 пациентов (1,79%) — с абсурдными диагнозами (M05/M06 — различные варианты ревматоидного артрита взрослых).

Принципиальное расхождение диагноза направления и установленного в ходе консультации диагноза было зафиксировано в 53 случаях (15,82%).

Среди диагностированных хронических ревматических заболеваний подавляющее большинство составили различные варианты ювенильного идиопатического артрита (ЮИА) (50 пациентов). Их распределение по субтипам представлено в таблице 3.

У 5 пациентов (1,49%) была диагностирована ювенильная первичная фибромиалгия, у 4 пациентов (1,19%) сохранен без изменений ранее установленный ортопедический диагноз (аваскулярный некроз головки бедра, врожденный вывих бедра, болезнь Пертеса, юношеский идиопатический сколиоз), в 3 случаях (0,9%) были установлены диагнозы «узловатая эритема» и «васкулит, ограниченный кожей неуточненный», в 2 случаях (0,6%) — диагнозы «аутовоспалительное заболевание» и «синдром Шегрена» и по 1 пациенту (0,3%) было с диагнозами «хронический рецидивирующий мультифокальный остеомиелит», «локализованная склеродермия», «идиопатическая крапивница», «геморрагический васкулит», «дерматомиозит», «болезнь Крона», «синдром Рейно», «педиатрическое аутоиммунное нейропсихиатрическое расстройство, ассоциированное с инфекцией, вызванной стрептококком группы А». Также у 1 пациента (0,3%) была заподозрена остеоид-остеома шейки бедренной кости, которая впоследствии была исключена. Оставшимся 10 обратившимся на консультацию ревматолога детям (2,99%) никаких диагнозов установлено не было.

Лечение, которое пациенты получали до консультации ревматолога и которое было назначено по ее результатам, представлено в таблице 4.

Таблица 3. Распределение пациентов с установленным диагнозом «ювенильный идиопатический артрит» по субтипам заболевания

Table 3. The distribution of patients with an established diagnosis of juvenile idiopathic arthritis by subtypes of the disease

Диагнозы / Diagnoses	Пациенты, n (%) / Patients, n (%)
Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА), олигоартрит без поражения глаз / Oligoarticular juvenile idiopathic arthritis (JIA) without eye damage	20 (40%), из них / of which 6 (30%) м. (m.)
ЮИА, олигоартрит с поражением глаз / Oligoarticular JIA with eye damage	3 (6%), из них / of which 1 (33,33%) м. (m.)
ЮИА, полиартрит / Polyarticular JIA	3 (6%), из них / of which 0 м. (m.)
Энтезит-ассоциированный артрит / Enthesitis-related arthritis	13 (26%), из них / of which 4 (30,77%) м. (m.)
Псориатический артрит / Psoriatic arthritis	3 (6%), из них / of which 1 (33,33%) м. (m.)
Недифференцированный артрит / Undifferentiated arthritis	8 (16%), из них/ of which 2 (25%) м. (m.)

Таблица 4. Назначенная терапия

Table 4. Prescribed therapy

Назначенная терапия / Prescribed therapy	До консультации / Before the consultation	После консультации / After the consultation
НПВП местно / NSAIDs applied topically	37 (11,04%)	54 (16,12%)
НПВП внутрь / NSAIDs by mouth	117 (34,93%)	74 (22,09%)
Антибиотики / Antibiotics	44 (13,13%)	11 (3,28%)
SYSADOA	10 (2,99%)	38 (11,34%)
Метотрексат / Methotrexate	14 (4,18%)	14 (4,18%)
Азатиоприн / Azathioprine	1 (0,3%)	1 (0,3%)
Стероиды внутрь / Steroids by mouth	2 (0,6%)	2 (0,6%)
Стероиды внутримышечно / Intramuscularly steroids	4 (1,19%)	0
Стероиды внутрисуставно / Intra-articular steroids	6 (1,79%)	11 (3,28%)
Гиалуроновая кислота внутрисуставно / Intra-articular Hyaluronic acid	0	2 (0,6%)
Методы ФРМ / PRM methods	42 (12,54%)	95 (28,36%)
Без терапии / Without therapy	115 (34,33%)	126 (37,61%)

Примечание: НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты; SYSADOA — симптоматические препараты замедленного действия для лечения остеоартрита; ФРМ — физическая и реабилитационная медицина.

Note: NSAIDs — non-steroidal anti-inflammatory drugs; SYSADOA — Symptomatic Slow Acting Drugs for OsteoArthritis; PRM — physical and rehabilitation medicine.

Кроме того, 4 пациента (1,19%) к моменту консультации уже получали различные генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) (2 — секукинумаб и по 1 — инфликсимаб и этанерцепт), им было рекомендовано продолжить терапию ГИБП далее, дополнительно 5 пациентам (1,49%) было рекомендовано ее инициировать.

40 пациентов (11,94%) были направлены на госпитализацию в ревматологическое отделение, из них 38 детей (95%) — на плановую госпитализацию, соответственно, 2 пациента (5%) — в экстренном порядке.

В 15 случаях (4,48%) была отмечена явная неадекватность проводимой до приема терапии.

1. Хирургом поликлиники правильно установлен диагноз ЮИА у девочки 8 лет с длительно сохраняющейся отечностью коленного сустава, однако никакой противовоспалительной терапии не назначено.
2. У девочки 3 лет с дебютом ЮИА с выраженными объективными признаками артрита заболевание трактовалось ортопедом поликлиники как артралгии, и пациентка получала только топические нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП).
3. Неврологом поликлиники правомочно заподозрено педиатрическое аутоиммунное нейропсихиатрическое расстройство, ассоциированное с инфекцией, вызванной стрептококком группы А, у девочки 14 лет с тиками, возникшими после стрептококковой

инфекции, однако антибактериальная терапия не назначена.

4. Педиатром поликлиники установлен диагноз «артрит неуточненный» у мальчика 10 месяцев с отечностью межфалангового, коленного и голеностопного суставов и отягощенной наследственностью по псориазу и псориатическому артриту, однако никакой противовоспалительной терапии до консультации ревматолога назначено не было.
5. Девочка 7 лет направлена педиатром поликлиники с диагнозом «узловатая эритема», однако наряду с узловатой эритемой в клинической картине доминировал артрит коленного сустава, НПВП назначены не были.
6. У девочки 15 лет с синдромом гипермобильности суставов заболевание трактовалось педиатром как артрит неуточненный, и пациентка длительно получала НПВП без эффекта.
7. У мальчика 10 лет с носительством стрептококковой инфекции и артралгиями без объективных признаков артрита заболевание было расценено педиатром приемного отделения как реактивный артрит, и пациент получил курс НПВП без эффекта.
8. У мальчика 6 лет с достаточно тяжелым дебютом ЮИА, олигоартритом, требующим, как минимум, внутрисуставного введения стероидов, заболевание также было расценено педиатром приемного отделения как реактивный артрит, и пациент получал только НПВП практически без эффекта.
9. Подобная ситуация отмечалась у другой девочки 8 лет.
10. Заболевание мальчика 17 лет с реактивным артритом, обратившегося к ревматологу на повторный прием, исходно трактовалось как синдром гипермобильности суставов, соответственно, пациент не получал необходимой противовоспалительной терапии.
11. У девочки 12 лет с фибромиалгией заболевание трактовалось ревматологом как ЮИА, и пациентка длительно получала НПВП без какого-либо эффекта.
12. Мальчику 10 лет с распространенной мышечно-скелетной болью, без объективных признаков артрита, ревматологом также назначались длительные курсы НПВП.
13. Мальчику 12 лет с носительством стрептококковой инфекции, без каких-либо жалоб или объективных находок при обследовании, ревматологом ранее была назначена длительная антибактериальная терапия.
14. У мальчика 15 лет с вероятным дебютом хронического рецидивирующего мультифокального остеомиелита заболевание трактовалось ревматологом как артралгии, и пациент

Таблица 5. Первичное обследование пациентов различными специалистами перед направлением к ревматологу

Table 5. Initial examination of patients by various specialists before referral to a rheumatologist

Специалист / Specialist	Всего пациентов / Total number of patients	Лабораторные исследования / Laboratory tests	Рентгенография / Radiography	Ультразвуковое исследование / Ultrasound examination	Расхождение диагнозов / Discrepancy of diagnoses	Неадекватность терапии / Inadequacy of therapy
Педиатр поликлиники / Pediatrician of the polyclinic	50 (24,51%)	39 (78%)	16 (32%)	12 (24%)	24 (48%)	2 (4%)
Педиатр приемного отделения / Pediatrician of the emergency department	33 (16,18%)	30 (90,91%)	32 (96,97%)	8 (24,24%)	4 (12,12%)	3 (9,09%)
Педиатр педиатрического отделения / Pediatrician of the pediatric department	9 (4,41%)	9 (100%)	7 (77,78%)	8 (88,89%)	2 (22,22%)	1 (11,11%)
Ортопед / Orthopedist	32 (15,69%)	21 (65,63%)	22 (68,75%)	16 (50%)	4 (12,5%)	1 (3,12%)
Ревматолог / Rheumatologist	54 (26,47%)	49 (90,74%)	40 (74,07%)	34 (62,96%)	7 (12,96%)	2 (3,7%)
Прочие / Others	26 (12,74%)	20 (76,92%)	2 (7,69%)	6 (23,07%)	8 (30,77%)	2 (7,69%)

получал лечение только методами физической реабилитационной медицины.

15. Девочке 2 лет с ЮИА, олигоартритом, с высокой воспалительной активностью, ревматологом не было назначено никакой дополнительной (системной или локальной инъекционной) противовоспалительной терапии, а только терапия метотрексатом.

Среди 204 пациентов, направленных на первичный прием ревматолога, только у 168 детей (82,35%) были выполнены минимально необходимые лабораторные исследования, рентгенография суставов — у 119 (58,33%), ультразвуковое исследование суставов — у 84 (41,18%). Частота проведения первичного обследования различными специалистами перед направлением к ревматологу, а также частота расхождений диагнозов, установленных до и после приема ревматолога и проведения неадекватной терапии различными специалистами до консультации ревматолога, представлена в таблице 5.

ОБСУЖДЕНИЕ

Структура установленных диагнозов и назначенной терапии практически полностью совпадает с результатами, полученными ранее на примере амбулаторных приемов врача-ревматолога петербургской сети частных медицинских центров в течение двух лет [6].

На большую часть из проведенных в течение 5 месяцев врачом-ревматологом КДЦ ДГБ № 2 амбулаторных приемов обращались первичные пациенты, чаще всего по направлению врача-педиатра. Самым частым поводом для консультации ревматолога оказались боли в суставах, без каких-либо объективных симптомов их воспаления, при этом диагнозами направления наиболее часто выставлялись различные варианты артритов, а в плане терапии наиболее часто назначались НПВП. Принципиальное расхождение диагноза направления и установленного в ходе консультации диагноза и явная неадекватность проводимой до приема ревматолога терапии отмечались достаточно часто. При этом минимально необходимые лабораторные исследования, рентгенография и ультразвуковое исследование суставов перед направлением к ревматологу выполнялись удручающе редко. В публикации 2021 года [8], посвященной аудиту амбулаторного приема московского врача-ревматолога, были получены схожие результаты (средний возраст пациентов 10,4 года, 52% мальчиков, в 40% случаев пациенты направлялись к ревматологу с подозрением на различные варианты артритов, при том что у 57% пациентов боли в одном или нескольких суставах являлись единственной жалобой, предварительное лабораторное и инструментальное обследование в соответствии с современными клиническими рекомендациями было проведено только в 72% случаев). Авторы отмечают, что в ходе исследования выявлено частое несоблюдение врачами амбулаторного звена существующих алгоритмов обследования и маршрутизации пациентов, а значительная часть больных не имела объективных оснований для консультации ревматолога и не получила должного предварительного обследования перед консультацией специалиста, что во многом справедливо и для результатов нашего исследования.

ВЫВОДЫ

В связи с возросшим числом диагностированных ревматических заболеваний у детей существенно возросла загруженность амбулаторных приемов детских-врачей ревматологов, что зачастую приводит к более длительному времени ожидания консультации нуждающимися в ней пациентами. Существенно усугубляет сложившуюся ситуацию достаточно большой процент непрофильных пациентов, направляемых на консультацию ревматолога (неосложненная стрептококковая инфекция — самая частая, но далеко не единственная причина неоправданных направлений к врачу-ревматологу), также со стороны направляющих врачей достаточно часто отмечается гипердиагностика (артралгии без объективных признаков воспаления суставов крайне редко бывают единственным симптомом артрита, а при этом они очень часто педиатрами, травматологами-ортопедами и другими врачами первичного звена трактуются именно так). Кроме того, профильные ревматологические пациенты (вследствие упомянутой выше загруженности врача-ревматолога непрофильными пациентами) ожидают своей консультации значительно дольше, чем следует, и во время этого ожидания зачастую получают недостаточно адекватную терапию или даже не получают ее вовсе. Помимо прочего, существенный процент пациентов направляется на консультацию без предварительно проведенного минимального обследования, в результате на первичном приеме врача-ревматолога такой пациент получает направления на исследования, которые уже мог бы успешно пройти еще на этапе поликлиники, и приглашается на повторный прием, что с одной стороны, опять-таки дополнительно увеличивает загруженность приемов врача-ревматолога, а с другой — увеличивает время ожидания данным пациентом получения полноценной специализированной помощи. Таким образом, представляется два возможных пути выхода из сложившейся ситуации: повышение обеспеченности амбулаторного звена врачами-ревматологами и повышение уровня подготовки в вопросах диагностики, лечения и маршрутизации пациентов с подозрением

на ревматические заболевания среди педиатров, травматологов-ортопедов и других специалистов поликлиник, что уменьшит процент направления к врачу-ревматологу КДЦ непрофильных пациентов и улучшит качество проведенного первичного обследования направляемых пациентов, и, соответственно, качество назначаемой на этапе поликлиники терапии. Одним из способов повышения доступности ревматологической помощи детскому населению может быть создание детских ревматологических кабинетов в амбулаторных условиях, как и предполагается, согласно Приказу от 25 октября 2012 года № 441н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям по профилю ревматология» (с изменениями на 21 февраля 2020 года).

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Информированное согласие на публикацию. Авторы получили письменное согласие законных представителей пациентов на публикацию медицинских данных.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. Thereby, all authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Consent for publication. Written consent was obtained from legal representatives of the patients for publication of relevant medical information within the manuscript.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бантьева М.Н., Маношкина Е.М., Соколовская Т.А., Матвеев Э.Н. Тенденции заболеваемости и динамика хронизации патологии у детей 0–14 лет в Российской Федерации. Социальные аспекты здоровья населения. 2019;65(5):10. DOI: 10.21045/2071-5021-2019-65-5-10.
2. Криулина Т.Ю., Алексеева Е.И., Шилькрот И.Ю. и др. Медицинская помощь детям с ювенильным артритом в Российской Федерации и в мире. Вопросы практической педиатрии. 2022;17(4):84–103. DOI: 10.20953/1817-7646-2022-4-84-103.
3. Сантимов А.В., Часнык В.Г., Гречаный С.В. Психометрическая оценка хронического болевого синдрома при ювенильном идиопатическом артрите. Педиатр. 2019;10(3):25–30. DOI: 10.17816/PED10325-30.
4. Орел В.И., Лисовский О.В., Гостимский А.В., Лисица И.А. Современная подготовка специалистов амбулаторного звена. Проблемы первичной аккредитации и возможные пути их решения. Медицина и организация здравоохранения. 2020;5(2):41–50.
5. Смирнов А.Б. Лечение дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата в условиях хирургического отделения СПБ ГБУЗ «Городская поликлиника № 37» с точки зрения доказательной медицины. Медицина и организация здравоохранения. 2018;3(1):37–40.
6. Сантимов А.В. Структура установленных диагнозов и назначенной терапии у пациентов различных возрастных групп на амбулаторных приемах врача-ревматолога в течение двух лет. Университетский терапевтический вестник. 2024;6(1):126–138. DOI: 10.56871/UTJ.2024.69.36.012.
7. Криулина Т.Ю., Дворяковская Т.М., Сурков А.Г. и др. Состояние медицинской помощи детям по профилю «ревматология» на примере юношеского артрита: взгляд пациентов и их родителей. Вопросы практической педиатрии. 2023;18(3):37–55. DOI: 10.20953/1817-7646-2023-3-37-55.
8. Балашов С.Л., Чайка Ю.Б., Еронина Е.В. и др. Результаты аудита приема врача-ревматолога в условиях оказания первичной медико-санитарной помощи детям с проявлениями суставного синдрома. Вопросы практической педиатрии. 2021;16(4):62–67. DOI: 10.20953/1817-7646-2021-4-62-67.
9. Александров С.В. К 190-летию детской Городской больницы № 2 святой Марии Магдалины в Санкт Петербурге. Детская хирургия. 2019;23(6):355–358.
10. Иванов Д.О., Орел В.И., Насыров Р.А. и др. Служба охраны матери и ребенка Санкт-Петербурга в 2021 году. Учебно-методическое пособие. СПб.: Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации; 2022.

REFERENCES

1. Banteva M.N., Manoshkina E.M., Sokolovskaya T.A., Matveev E.N. Trends in incidence and dynamics of chronic pathology in children aged 0–14 in the Russian Federation. Sotsial'nye aspekty zdorov'ya

naseleniya. 2019;65(5):10. DOI: 10.21045/2071-5021-2019-65-5-10. (In Russian).
2. Kriulina T.Yu., Alexeeva E.I., Shilkrot I.Yu. et al. Health care for children with juvenile arthritis in the Russian Federation and in the world. Voprosy prakticheskoy pediatrii. 2022;17(4):84–103. DOI: 10.20953/1817-7646-2022-4-84-103. (In Russian).
3. Santimov A.V., Chasnyk V.G., Grechanyy S.V. Psychometric assessment of chronic pain syndrome in juvenile idiopathic arthritis. Pediatr. 2019;10(3):25–30. DOI: 10.17816/PED10325-30. (In Russian).
4. Orel V.I., Lisovskiy O.V., Gostimskiy A.V., Lisitsa I.A. Modern training of outpatient specialists. Problems of primary accreditation and possible solutions. Meditsina i organizatsiya zdravookhraneniya. 2020;5(2):41–50. (In Russian).
5. Smirnov A.B. Treatment of degenerative-dystrophic diseases of the musculoskeletal system in the conditions of the surgical department of the St. Petersburg State Medical Institution "City Polyclinic No. 37" from the point of view of evidence-based medicine. Meditsina i organizatsiya zdravookhraneniya. 2018;3(1):37–40. (In Russian).
6. Santimov A.V. The structure of established diagnoses and prescribed therapy by a rheumatologist in various age groups of outpatient patients for two years. University therapeutic journal (St. Petersburg). 2024;6(1):126–138. DOI: 10.56871/UTJ.2024.69.36.012. (In Russian).
7. Kriulina T.Yu., Dvoryakovskaya T.M., Surkov A.G. et al. Situation with medical care for children with rheumatic disease on the example of juvenile arthritis: the view of patients and their parents. Voprosy prakticheskoy pediatrii. 2023;18(3):37–55. DOI: 10.20953/1817-7646-2023-3-37-55. (In Russian).
8. Balashov S.L., Chayka Yu.B., Eronina E.V. et al. The results of the audit of the appointment of a rheumatologist in the conditions of primary health care for children with manifestations of articular syndrome. Voprosy prakticheskoy pediatrii. 2021;16(4):62–67. DOI: 10.20953/1817-7646-2021-4-62-67. (In Russian).
9. Aleksandrov S.V. To the 190th anniversary of St. Mary Magdalene Children's City Hospital No. 2 in St. Petersburg. Detskaya khirurgiya. 2019;23(6):355-358. (In Russian).
10. Ivanov D.O., Orel V.I., Nasyrov R.A. et al. Mother and Child Protection Service of St. Petersburg in 2021. Educational and methodical manual. Saint Petersburg: Saint Petersburg State Pediatric Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 2022. (In Russian).