

ПЕРЕДОВАЯ

УДК: 616.72-002.77 «20»

РЕВМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ В РОССИИ В НАЧАЛЕ XXI ВЕКА

В.А.Насонова, О.М.Фоломеева, Ш.Ф.Эрдес
ГУ Институт ревматологии РАМН, Москва

Социальное бремя ревматических болезней (РБ) в российском обществе, как и в большинстве других стран мира, продолжает возрастать. Обеспокоенность медицинской общественности, социальных служб и самих больных в связи с увеличением и усложнением связанных с РБ проблем нашла отражение в проводимой под эгидой ВОЗ международной Декаде болезней костей и суставов 2000-2010.

Спектр этих проблем чрезвычайно широк и многообразен: от необходимости дальнейшей разработки фундаментальных аспектов этиологии и патогенеза РБ, изучения их эпидемиологии, создания современной классификации, формирования на основе принципов доказательной медицины методов ранней диагностики, лечения и профилактики с оценкой последних с позиции фармакоэкономики и т.д. до потребности понимания и измерения степени ухудшения качества жизни хронического ревматологического больного и обеспечения его возможностью пользоваться в полном объеме всеми достижениями научной и практической ревматологии. Последнюю задачу призвана решать ревматологическая служба.

На социальном уровне важность проблемы РБ обусловлена прежде всего теми потерями "неоданного" общественного продукта, которые тесно связываются с широкой распространенностью данной патологии, хроническим характером течения большинства РБ, негативно влияющих на трудовой общественный потенциал через вызываемые ими временные и стойкие трудопотери, а также- через преждевременную смертность лиц трудоспособного возраста.

Стремясь к минимизации данных потерь, общество вынуждено нести весьма существенные расходы на развитие системы профилактики, ранней диагностики, лечения и реабилитации ревматологических больных. Большие государственные затраты вызывает также необходимость социальной поддержки значительной части населения, потерявшей трудоспособность из-за развившейся РБ.

Существенное негативное социальное влияние РБ обусловлено прежде всего хроническим характером большинства из них при постоянно возрастающей общей и первичной заболеваемости во всех возрастных группах населения России.

Однако следует отметить, что изменения показателей заболеваемости в двух основных классах, относимых к РБ, -ревматической лихорадке (ОРЛ) и хронических ревматических болезнях сердца (ХРБС), включая ревматические пороки (РПС), с одной стороны, и болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани (БКМС), с другой, проявляют разнонаправленные тенденции. Общее увеличение ревматической заболеваемости обусловлено исключительно постоянным ростом числа зарегистрированных по обращаемости в поликлиники больных с болезнями, отнесенными в Международной Классификации Болезней 10 пересмотра (МКБ-10) к XIII классу-БКМС. Доля больных "ревматизмом" среди всех РБ в России составила в 2001г всего 2,4%.

Таблица 1
ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ В РОССИИ (в тыс *)

| Нозология | Г | О | Д | Ы |
|------------|----------------------------|----------------------------|---|----------------------------|
| | 1999 | 2000 | | 2001 |
| ОРЛ | <u>17,0</u> 4,7 | <u>14,2</u> 4,6 | | <u>12,2</u> 3,7 |
| ХРБС | <u>345,2</u> 15,7 | <u>320,2</u> 14,2 | | <u>314,3</u> 15,0 |
| из них РПС | <u>242,5</u> 9,5 | <u>238,6</u> 8,5 | | <u>233,6</u> 9,0 |
| БКМС | <u>12 016,2</u> 4 268,9 | <u>12 735,7</u> 4 452,5 | | <u>13 318,1</u> 4 582,8 |

*Примечание: числитель -зарегистрировано больных всего (тыс. чел), знаменатель- из них с диагнозом, поставленным впервые в жизни

В таблице 1 представлены абсолютные величины зарегистрированных в России ревматологических больных за 3 последние года, когда государственная отчетность (Форма N 12 МЗ РФ) стала вестись в соответствии с МКБ-10.

Видно, что общее количество больных с БКМС увеличилось за этот период почти на 11%, из них с первичным диагнозом-более чем на 7%. Укажем для сравнения, что суммарное число больных в России с заболеваниями всех 21 регистрируемых в МКБ-10 классов возросло за то же время на 5,4%, т.е. с вдвое меньшей интенсивностью. Доля XIII класса среди общей заболеваемости населения страны достигла 8,3% против 7,9% в недавнем 1999 году.

Соответствующие показатели заболеваемости при ОРЛ уменьшились на 28 % и 21%, при ХРБС- также уменьшились на 9% и 4,5 % и при РПС -на 4 % и 8% -соответственно. Показатель заболеваемости ОРЛ по России снизился до 0,08, первичной заболеваемости- до 0,026 на 1000 жителей. В 2001г в РФ было зарегистрировано всего 3749 чел с впервые в жизни диагностированной ОРЛ. Таким образом, в России ОРЛ к настоящему времени формально утратила роль социально значимого заболевания.

Однако до последнего времени сохраняются территории, на которых стабильно регистрируются значительно более высокие показатели заболеваемости ОРЛ. Так, в Приволжском и Дальневосточном Федеральных округах (ФО) она превышает 0,1, а в Южном ФО составляет 0,214 на 1000 населения. Показатели первичной заболеваемости в тех же ФО составляли в 2001г соответственно 0,029; 0,04 и 0,075 на 1000 жителей, что также превышает вышеприведенный среднероссийский уровень.

При анализе данных, приведенных в табл.1, видно также, что количество зарегистрированных больных с ХРБС и РПС, в том числе с диагнозами, установленными впервые в жизни, уменьшается по годам значительно медленнее, чем с ОРЛ.

До последнего времени в статистических отчетах МЗ по смертности населения России в качестве одной из причин, пусть и не ведущей, фигурируют РПС. Показатель смертности от РПС находится на уровне 6,0- 5,8 на 100 000 населения.

В связи с указанными фактами, а также учитывая отмечаемый рост многих инфекционных заболеваний, например, туберкулеза, инфекционных эндокардитов и др., и помня о неоспоримой роли А-стрептококка в развитии ОРЛ и о его прогнозируемой в начале настоящего века активации, нельзя признать проблему ОРЛ и связанных с ней поражений сердца окончательно решенной. Необходимо сохранять "противоревматическую" диагностическую настороженность и готовность применить адекватные меры профилактики и лечения в случае появления на территории РФ опасности вспышки ОРЛ.

Возвращаясь к XIII классу болезней, отметим, что постоянно растущее число больных, обращающихся в поликлиники по поводу суставно-мышечных заболеваний, нельзя связать только с постарением населения. Таблица 2 демонстрирует динамику показателей заболеваемости БКМС за последние годы в трех возрастных группах: дети от 0 до 14 лет, подростки 15-17 лет и взрослые от 18 лет и старше. Видно, что интенсивность прироста заболеваемости детей и особенно подростков превышает наблюдаемую в группе взрослого населения.

Таблица 2

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО XIII КЛАССУ МКБ-10 В 3-х ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

(на 1000 населения соответствующего возраста)

| Возрастные группы | Г О Д Ы | | |
|-------------------|---------|------|-------|
| | 1999 | 2000 | 2001 |
| ДЕТИ | 50,9 | 54,1 | 57,5 |
| ПОДРОСТКИ | 88,8 | 96,2 | 102,1 |
| ВЗРОСЛЫЕ | 90,1 | 95,4 | 99,6 |

За 3 года относительная величина заболеваемости БКМС (на 1000 населения соответствующего возраста) увеличилось среди детей на 13%, подростков -на 15% ,а взрослых "всего" на 10,5%.

Причина этой тревожной тенденции требует специального анализа.

С 1999г в статистических отчетных формах расширился круг выделяемых в классе БКМС "истинных" РБ.В настоящее время, кроме общего числа больных XIII класса, отдельно регистрируются во всех трех возрастных группах больные реактивными артритами (РеА),ревматоидным артритом (РА) или ювенильными артритами (ЮА),системными поражениями соединительной ткани (СПСТ). В группах подростков и взрослых также учитываются больные анкилозирующим спондилоартритом (АС) и только среди взрослых -больные артрозами (ОА) и остеопорозом (ОП).

Модернизация отчетных форм и расширение их как в отношении нозологических единиц, так и впервые включенных отдельных РБ у детей и подростков, привели к заметному увеличению за последние 3 года общего количества зарегистрированных в России больных с вышеуказанными РБ: их число к концу

2001г составляло 2 231,3 тыс чел и превысило соответствующую величину в конце 1998г на 33,9%.

Таблица 3 представляет статистические показатели по отдельным РБ в трех возрастных группах населения РФ в 2001г. Естественно, что наибольшие абсолютные значения - в группе взрослых больных РБ.Однако обращается внимание, что заболеваемость РеА, рассчитанная на 1000 населения соответствующего возраста, вдвое выше в группах детей и подростков, чем у взрослых. Таким образом, косвенно подтверждается имеющаяся опасность в отношении заболеваний, непосредственно или опосредованно, как при РеА, связанных с инфекцией, которым, как известно, наиболее подвержены лица молодого возраста. Ярким примером такой закономерности, как известно, является ОРЛ.

Таблица 3

РЕВМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ,ВЫДЕЛЯЕМЫЕ В XIII КЛАССЕ МКБ-10 В 3-х ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ (2001г) *

| Нозология | ДЕТИ | ПОДРОСТКИ | ВЗРОСЛЫЕ |
|-----------|-------------|------------|----------------|
| РеА | 18,9 / 0,75 | 6,2 / 0,85 | 46,5/0,4 |
| РА (ЮА) | 11,5 / 0,45 | 8,3 / 1,1 | 265,5 / 2,4 |
| СПСТ | 3,5 / 0,14 | 1,8 / 0,25 | 42,9 / 0,4 |
| АС | - | 0,5 / 0,07 | 32,8 / 0,3 |
| ОА | - | - | 1 759,8 / 15,8 |
| ОП | - | - | 33,1 / 0,3 |

*Примечание: числитель- абсолютное количество (тыс. чел), знаменатель- число больных на 1000 населения соответствующего возраста

Российское общество испытывает тяжелое давление РБ не только вследствие постоянного увеличения количества больных и их "омоложения", но и из-за связанных с суставно-мышечной патологией значительных трудовых потерь.

Лишение человека -на время либо навсегда- возможности выполнять одну из основных функций -трудиться является важнейшим социальным и личностным последствием развивающейся РБ.

Болезни ревматического круга - одна из основных причин временной нетрудоспособности трудящихся России. Из таблицы 4 видно, что БКМС находятся на 2-м месте по случаям и на 3-м по дням нетрудоспособно-

Таблица 4

ВРЕМЕННАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ПО ОСНОВНЫМ КЛАССАМ БОЛЕЗНЕЙ В 2001 г (на 100 работающих)

| КЛАСС БОЛЕЗНЕЙ | СЛУЧАИ | ДНИ |
|---------------------------------------|--------|-------|
| Б-ни органов дыхания (с ОРВИ) | 23,8 | 216,9 |
| БКМС | 8,2 | 128,1 |
| Травмы и отравления | 6,8 | 142,7 |
| Б-ни системы кровообращения | 5,3 | 91,3 |
| Б-ни органов пищеварения | 3,9 | 60,0 |
| Б-ни мочеполовой системы | 3,0 | 41,9 |
| Б-ни кожи и подкожн.клетчатки | 2,2 | 27,9 |
| Б-ни нервной системы | 2,0 | 26,0 |
| Некот.инфекц.б-ни(тbc,гепатиты и др.) | 1,1 | 25,6 |
| Новообразования | 1,0 | 24,7 |

сти на 100 работающих лиц среди всех регистрируемых классов болезней (в таблице приведены данные за 2001 г. по 10 наиболее значимым в этом отношении классам).

Стойкое нарушение или потеря человеком профессиональных функций, а в случаях тяжелого длительного течения РБ и способности к свободному передвижению и самообслуживанию, приводят к инвалидности.

В таблице 5 представлены данные Государственной МСЭ за 3 года, из которых следует, что количество инвалидов в РФ, причиной потери трудоспособности у которых явились БКМС, постоянно растет. Этот процесс сопровождается также увеличением относительного числа инвалидов на 10 000 населения в возрасте 18 лет и старше. Видно, что за 2001 г. было освидетельствовано около 300 000 инвалидов с хронической нетравматической патологией костно-суставно-мышечной системы, что составило более 25 чел на 10 000 взрослого населения России. Возрастает их доля и в структуре общей инвалидности от всех причин.

Таблица 5

ИНВАЛИДНОСТЬ СРЕДИ ВЗРОСЛЫХ В СВЯЗИ С БКМС

| Годы | Общее кол-во человек | На 10 000 населения | % к инвалидам от всех причин |
|------|----------------------|---------------------|------------------------------|
| 1999 | 251 128 | 22,8 | 8,3 |
| 2000 | 267 886 | 24,4 | 8,6 |
| 2001 | 293 309 | 25,5 | 8,9 |

Анализ возрастного состава больных с впервые установленной инвалидностью по БКМС показывает, что около половины из них теряют трудоспособность в наиболее активном и дееспособном возрасте - женщины до 44 и мужчины до 50 лет. Особую озабоченность вызывает тот факт, что среди детского населения РФ число инвалидов с приобретенными костно-суставными РБ приближается к 10 на 10 000 детей.

"Хронический характер" инвалидности при РБ - еще одна ее социально значимая особенность. В современных условиях большинство ревматологических больных практически не имеют шансов на восстановление раз утраченной трудоспособности. Они становятся частью населения, не участвующей в производстве общественного продукта, не способной к защите общественных интересов, а наоборот - нуждающейся в собственной защите и поддержке.

Данное положение подтверждается, в частности, тем фактом, что ежегодно в бюро Гос МСЭ для переосвидетельствования обращается в 2,5 раза больше пациентов, уже имеющих инвалидность, чем больных для первичного освидетельствования. Причем в сводках МСЭ не приводятся данные о так называемых бессрочных инвалидах, т.е. лицах, имеющих инвалидность в течение 5 и более лет. Несомненно, что истинное количество инвалидов с приобретенными нетравматическими заболеваниями костно-суставно-мышечной системы весьма велико и существенно превышает цифру ежегодных сводок МСЭ. Таким образом, РБ выступают, к сожалению, как одна из значимых причин инвалидизации населения России.

Казалось бы, вышеприведенный краткий анализ ряда официальных статистических показателей с очевидностью демонстрирует высокую социальную значимость РБ. Однако эта обширная группа болезней несправедливо остается вне поля зрения общественности и организаторов здравоохранения, на что указывают и материалы международной Декады костей и суставов 2000-2010.

Это обстоятельство во многом связано с тем, что в

оценке веса патологии с позиции общества основным критерием является ее вклад в показатель преждевременной смертности населения.

Заболевания XIII класса традиционно не относятся к жизнеугрожаемым. С точки зрения ревматологов данное суждение нельзя считать верным.

Об этом свидетельствуют многие факты. Общеизвестно, что большинство заболеваний из группы СПСТ и их осложнения до настоящего времени являются непосредственной причиной смерти многих молодых пациентов. Уровень летальности при системной красной волчанке и других тяжелых заболеваниях этой группы сопоставим с летальностью при неопластических заболеваниях и кардиоваскулярных поражениях.

Показано также, что средняя продолжительность жизни при РА, распространенность которого в мире приближается к 1%, достоверно - на 10-15 лет - короче ожидаемых возрастных уровней, а 5-летняя выживаемость у больных с системными вариантами РА не превышает 50%.

Еще пример: недавнее многоцентровое исследование отечественных ревматологов из пяти регионов России выявило очень высокую летальность у больных с другой распространенной ревматической патологией - остеопоротическими переломами шейки бедра. Так, 6-месячная летальность достигала в среднем 21,5%, 12-месячная - 33,6% и 24-месячная - 45,1%.

Однако в заключениях о смерти сама РБ редко регистрируется как причина летального исхода. Такая тенденция свойственна не только России. Ее отмечают многие зарубежные ревматологи. Существующая до настоящего времени система статистического учета причин смерти не позволяет судить об истинном месте РБ в структуре смертности населения. В протоколах и заключениях обычно регистрируются непосредственные причины смерти больных: кардиоваскулярные катастрофы, инфекции, желудочно-кишечные кровотечения и перфорации, почечная недостаточность и др. При этом основное, "базисное" - ревматическое заболевание либо вообще не привлекает внимания, либо отодвигается на второй и третий план и становится недоступным для регистрации.

Это подтверждается, в частности, предварительными результатами начатой нами работы по изучению места РБ в структуре смертности населения г.Москвы. Оказалось, что РБ как основной или сопутствующий диагноз фигурирует менее чем в 1,8% протоколов вскрытий, производимых за год в московских прозектурах, что, конечно, несоизмеримо с широкой распространенностью данной патологии и иллюстрирует одну из причин необоснованного занижения социальной значимости болезни ревматического круга.

Далее, РБ относятся во всем мире к разряду наиболее дорогостоящих. Для них характерны высокие значения всех трех составляющих величины общих экономических затрат на данные заболевания: как прямых, так и особенно - не прямых и нематериальных. Не будем останавливаться подробно на характеристике стоимости РБ, тем более что в России исследования в этом направлении только начинаются. Для общего представления об их "цене" сошлемся лишь на данные 2000г., оценивающие стоимость одного больного РА в экономически развитых странах Европы в 15 000 евро/год, из них 5 000 евро - в качестве прямых и 10 000 евро - в качестве косвенных затрат.

Естественно, что данные зарубежных исследований нельзя переносить на социально-экономические условия России: структура прямых и косвенных расходов на болезнь, экономическая оценка труда медицинских работников, отношение к госпитализации, ее срокам и задачам и многое другое в нашей стране существенно отличаются от зарубежных. Поэтому настоятельно требуется изучение РБ с экономических позиций, опре-

деление их стоимости в российских реалиях, создание методологических основ фармакоэкономического анализа в области ревматологии на отечественном материале.

Не менее актуальна задача измерения нематериальной, "неосязаемой" стоимости болезни у российского больного. Она отражает индивидуальную физическую и психо-эмоциональную оценку бремени РБ конкретным человеком, т.е. характеризует проблему с позиции больного по степени и направленности влияния болезни на качество его жизни.

В последнее время в мировой ревматологии прослеживается тенденция к существенному повышению значимости именно личностной оценки пациентом своей болезни и измерения им, в частности, с помощью визуальной аналоговой шкалы, эффекта проводимой терапии. Ясно, что для самого ревматологического больного важнее не снижение какого-либо одного или даже нескольких "лабораторных показателей активности", а реальное сохранение собственной физической активности, способности без труда выполнять бытовые и производственные действия, избавление от постоянной мучительной боли, ощущение независимости от других лиц, возможность самореализации во всех желаемых сферах без ограничивающего влияния болезни. В общем, больному человеку важна не только сама жизнь, но и ее качество.

Для объективизации и унификации определения степени и направленности изменений качества жизни ревматологического больного используются различные международные опросники, как общие, так и специальные (MOS SF 36, MHIQ, AIMS, HAQ, DRP и др.)

Общие опросники дают возможность сравнивать основные параметры качества жизни больного человека с соответствующими популяционными показателями. Поэтому для интерпретации данных, полученных с их помощью от больных людей, требуется иметь адекватный популяционный контроль. Определение популяционных "норм" для наиболее широко используемых общих опросников применительно к своему региону (городу) - важная задача отечественных исследователей, все активнее подключающихся к изучению проблемы качества жизни у больных РБ.

Специальные опросники позволяют проводить расширенное измерение качества жизни ревматологического больного (в основном, с РА) путем суммирования показателей его индивидуального физического, психического и социального функционирования.

Важными свойствами методов изучения качества жизни с помощью опросников являются их неинвазивность, возможность динамического наблюдения за пациентами при относительной легкости и дешевизне получения сравниваемых показателей. Опросники служат для субъективного отражения объективных изменений, происходящих в организме больного человека.

Представляется, что они должны быть приняты на "вооружение" не только научными работниками, но и практическими врачами-ревматологами для суждения об эффективности как отдельных методов и способов лечения конкретного больного, так и всей системы его лечения и реабилитации, составляющих сушность диспансеризации, за определенный период (например, ежегодно).

Естественно, что решение сложных проблем современной ревматологии требует соответствующего кадрового и организационного обеспечения. Россия переживает переход государственного здравоохранения, нередко весьма болезненный, на новую систему финансирования с решающей ролью в ней средств ОМС и ДМС. В стране происходит изменение подходов к оценке качества работы учреждений здравоохранения и их задач, меняются приоритеты, в частности, делается акцент на поликлиническое звено медицинской помощи на-

селению при решающей роли участковой службы или службы семейных врачей. Отражение этих процессов проявляется в повсеместном сокращении коечного фонда в стационарах, в уменьшении количества врачей-специалистов. Они затронули и ревматологическую службу.

В таблице 6 приведены официальные данные МЗ РФ за 3 года по кадровому составу ревматологической службы и ее коечному фонду. Видно, что за это короткое время в ЛПУ России произошло уменьшение ставок врачей-ревматологов на 153 и занятых должностей ревматологов на 131 единицу. В 2001г на 2129 ставках работало в больницах и поликлиниках 1612 ревматологов. Однако общее число врачей, имеющих специальность ревматолога, включая сотрудников кафедр и научных учреждений, составляло 1875 чел. Таким образом, на 1 ревматолога в РФ приходится в среднем немногим более 60 000 взрослого населения. При равномерном распределении кадров ревматологов по территории страны такое соотношение, хоть и превышающее "привычные" отечественные нормативы, представляется вполне допустимым. Для сравнения отметим, что в ряде западных стран 1 ревматолог "обслуживает" в среднем 100 000 населения. Но там он, в основном, выполняет функцию консультанта, а непосредственное ведение больного осуществляет семейный врач.

Таблица 6
РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИЕ КАДРЫ И КОЙКИ

| Показатель | Г 1999 | О 2000 | Д 2001 | Ы 2001 |
|------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Ревматологи | ставки | 2282 | 2172 | 2129 |
| | должности | 1743 | 1651 | 1612 |
| Ревматолог. койки (шт) | 7 103 | 7 168 | 6701 | |
| На них поступило б-ных (тыс) | 116,7 | 118,1 | 120,3 | |

В российской системе здравоохранения с восстанавливаемыми приоритетами профилактической медицины и диспансеризации, основным организатором и исполнителем которых при РБ остается специалист-ревматолог, последний продолжает выполнять роль врача, курирующего ревматологического больного, систематически наблюдающего, а не только периодически консультирующего его. Для выполнения этих задач создавалась отечественная ревматологическая служба, предусматривающая обеспечение доступной специализированной помощью пациента на месте его проживания. Значительная протяженность российских территорий вместе с возникшей в последние годы проблемой высокой стоимости проезда, даже в пределах своего региона, требуют новых решений для приближения ревматолога к нуждающимся в нем больным. По этому пути пошла, например, ревматологическая служба Свердловской области, возглавляемая главным ревматологом О.Ф.Рябицовой. В области, помимо хорошо оборудованного и активно работающего на базе многопрофильной областной больницы областного ревматологического центра (РЦ), создаются межрайонные окружные центры. Министерством здравоохранения Свердловской области по представлению главного ревматолога принято соответствующее постановление.

Сейчас таких центров практически 2, но ведется работа по их организации во всех 6 округах области на базе соответствующих ЦРБ или ЦГБ. Окружной центр имеет и ревматологическое отделение (койки), и регулярный поликлинический прием. В нем работают подготовленные и сертифицированные по ревматологии врачи. Окружные центры призваны осуществлять дис-

пансерное наблюдение и лечение хронических ревматологических больных на своей территории, в соответствии с разработанными и утвержденными стандартами обследования и лечения пациентов на 3-м и 4-м лицензионных уровнях. Диспансеризация больных с РБ в поликлиниках области также регламентирована региональными медико-экономическими стандартами.

Еще одна прогрессивная новация екатеринбургского здравоохранения - передача больных с ревматическими пороками сердца под наблюдение кардиологов Центра сердца и сосудов, созданного при областной больнице.

Окружные центры являются своеобразным "фильтром" по отбору наиболее сложных и тяжелых больных для областного РЦ. Здесь нуждающимся пациентам оказывается высокотехнологичная и, естественно, наиболее дорогостоящая помощь, соответствующая 5-му лицензионному уровню. В областном РЦ нет или не должно быть "рутинных" больных, их направление сюда целесообразно и с медицинских, и с экономических позиций.

Работа по принципу "сквозных медико-экономических стандартов" позволяет обеспечивать адекватное обследование, лечение и реабилитацию каждому пациенту в соответствии с тем уровнем, в котором он в данное время нуждается.

Важнейшее условие успеха такой системы - взаимосвязь и преемственность всех звеньев областной ревматологической службы, каждое из которых в полном объеме выполняет свои функции. Не менее важный фактор успешной работы - поддержка местной администрации, а также взаимопонимание и деловое сотрудничество ревматологов г.Екатеринбурга и области с территориальными фондами ОМС, финансирующими их медицински и экономически обоснованные потребности, в том числе - новационные.

Приведенный пример плодотворной деятельности ревматологов г.Екатеринбурга и области свидетельствует о реальной возможности решения проблемы совершенствования организации помощи ревматологическим больным на местах даже в сложных современных условиях.

Возвращаясь к таблице 6, обратим внимание, что количество ревматологических коек в соответствии с вышеуказанными тенденциями отечественного здравоохранения уменьшилось за последние годы более чем на 400 единиц.

В 2001 г. 1 специализированная ревматологическая койка приходилась на 15-16 тыс взрослого населения РФ, обеспеченность койками составляла 0,5-0,6 на 10 000 жителей старше 18 лет. Это-меньше, чем фигурировавшие в "старых" приказах по ревматологии циф-

ры 1,5 -2,0 на 10000. Однако представляется, что при объективном определении показаний к госпитализации такой коечный фонд окажется достаточным для РФ. Ведь по сути большинство больных с хроническими РБ являются амбулаторным контингентом. Процент действительно нуждающихся в госпитализации в течение года не превышает 5-10% от общего количества таких больных. Это сопоставимо с теми 100-120 тыс пациентов, которые ежегодно, судя по отчету МЗ РФ, госпитализируются на ревматологические койки.

Кстати, рассматривая динамику количества госпитализированных больных по годам, можно видеть, что уменьшение коечного фонда не сопровождается снижением числа пролеченных в стационаре больных. Наоборот, в 2001 г. через ревматологические стационары прошло почти на 4 тыс больше пациентов, чем 3 года назад. Этот показатель очевидно свидетельствует об улучшении организации работы специализированной койки, достигнутом обоснованным сокращением времени пребывания больного на койке и увеличением ее оборота. Такую тенденцию следует рассматривать как позитивную.

Таким образом, медико- социальная значимость РБ в РФ - в начале нового века должна быть оценена как важнейшая, о чем свидетельствуют и официальные показатели здоровья жителей страны, отражающие количественную сторону проблемы. Распространяющиеся во всех возрастных группах населения РБ негативно влияют на экономический, трудовой и оборонный потенциал государства. Помимо того, они ложатся тяжким бременем на самого больного и его семью, что находит отражение в интегральных показателях снижения качества жизни.

Перед отечественной ревматологией, как научной, так и практической, стоят серьезные проблемы. Являясь частью мировой ревматологической организации, она должна еще активнее проводить идеи и решать задачи, выдвинутые международной Декадой костей и суставов, в России. С удовлетворением можно констатировать, что в стране удалось сохранить такую уникальную организационную структуру, как ревматологическая служба. В работе последней существует много сложностей, но имеются и значительные резервы. Об этом свидетельствует передовой опыт большой армии активных, знающих, увлеченных своим делом и самоотверженных врачей-ревматологов в различных регионах РФ. Во многом из-за их деятельности, а также благодаря несомненным достижениям ученых-ревматологов, российская ревматология занимает все более высокие позиции в медицинской науке и системе здравоохранения страны.