

ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

УДК: 616.72-002.77-313.1

БОЛЕЗНИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В РОССИИ: ДИНАМИКА СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗА 5 ЛЕТ (1994-1998г.г.)

*В.А.Насонова, О.М.Фоломеева, В.Н.Амيرджанова,
Е.О.Якушева, Л.С.Лобарева, Е.Ю.Логинова.*

Институт ревматологии (директор, академик РАМН - В.А.Насонова) РАМН

Резюме.

На основании анализа статистических показателей ежегодных Государственных отчетов МЗ РФ за период 1994-1998 г.г. в России установлен рост показателя болезненности по БКМС на 21,1% и заболеваемости на 8,2%. Количество зарегистрированных по обращаемости больных достигло 11 835,1 тыс чел.

Выявлены регионы с высокими и низкими уровнями этих показателей. Показано, что наибольший прирост болезненности и заболеваемости произошел в группах детей и особенно - подростков. При анализе динамики статистических показателей по 4-м нозологическим группам ревматических болезней: РА, АС, ОА и ДБСТ - среди взрослого населения РФ обнаружено, что увеличение болезненности и заболеваемости имело только при ОА: на 44,3% и 25,0%-соответственно. За анализируемые 5 лет отмечен рост временных трудовых потерь в связи с БКМС на 14% -в случаях и на 25%-в днях нетрудоспособности на 100 работающих. Установлено, что к 1998г первичная инвалидность возросла на 20% по сравнению с 1994г. Общее число инвалидов в связи с БКМС составило 21,3 на 10 000 жителей РФ старше 16 лет. При этом отношение количества впервые получающих инвалидность к ранее утратившим трудоспособность составило 1:2,3. Более чем у 40% инвалидность была обусловлена различными дорсопатиями. Полученные данные обсуждаются в сопоставлении с данными литературы, в том числе касающейся эпидемиологии ревматических болезней.

Вступление.

Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (БКМС), объединенные в XIII классе Международной классификации болезней (МКБ), рассматриваются во всем мире как одна из наиболее распространенных патологий современного общества. Они существенно снижают качество жизни, приводят к значительному расходованию ресурсов на здравоохранение и негативно влияют на национальную экономику даже такой богатейшей страны как США [8]. Основную часть БКМС составляют хронические ревматические болезни (РБ): остеоартроз, ревматоидный артрит, спондилоартриты, подагра, системные поражения соединитель-

ной ткани, остеопороз, "боли в спине" - back pain, заболевания мягких тканей и др., которыми в 1995г страдали около 40 млн. североамериканцев. По прогнозу к 2020г количество таких больных возрастет в этой стране до 60 млн. [10].

Каковы тенденции в динамике основных статистических показателей, обусловленных БКМС, в Российской Федерации? Являются ли хронические РБ проблемой для российского общества?

Материалы и методы.

Получены, обработаны и проанализированы данные ежегодных статистических отчетов Министерства здравоохранения РФ за 1994-1998г.г. по заболеваемости (форма N 12) и временной нетрудоспособности (форма N 16), а также Сведения Государственной службы медико-социальной экспертизы (МСЭ) по первичному освидетельствованию и переосвидетельствованию

Адрес для переписки:
О.М.Фоломеева,
115522, Москва, Каширское шоссе, 34-а
Институт ревматологии РАМН,
тел.: (095) 114-44-81.

нию граждан РФ.

Показатели болезненности (общей заболеваемости) и первичной заболеваемости рассчитаны на 1000 жителей соответствующего возраста

больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, характеризующих первичную заболеваемость: в 1998г их было на 276,4 тыс (на 4,3%) больше, чем 5 лет назад. Относительный пока-

Таблица 1

БКМС в России: болезненность и заболеваемость

Признак	Годы			Динамика (%)
	1994 г.	1996 г.	1998 г.	
Болезненность				
Зарегистрировано всего (тыс. чел.)	9889,7	10928,8	11835,1	+19,7
На 1000 жителей	66,8	74,1	80,9	+21,1
Заболеваемость				
Зарегистрировано впервые (тыс. чел.)	3959,7	4119,9	4236,1	+4,3
На 1000 жителей	26,7	27,9	28,9	+8,2

ста. Величины временной нетрудоспособности представлены числом случаев и дней нетрудоспособности на 100 работающих, а инвалидности - числом впервые и повторно признанных инвалидами на 10 000 населения в возрасте 16 лет и старше.

Результаты.

Количество зарегистрированных по обращаемости в поликлиники РФ больных с диагнозами, относящимися к XIII классу болезней, постоянно возрастает. Медленно увеличивается их удельный вес по отношению к общему числу больных с заболеваниями всех регистрируемых классов: от 6,0% в 1994г до 6,8% в 1998г.

Как видно из таблицы 1, в 1998г в поликлиники обратилось 11 835,1 тыс. пациентов с БКМС, что почти на 2млн больше, чем было в 1994г. Прирост абсолютных величин болезненности (общей заболеваемости) составил 19,7%. Это увеличение тем более значимо, если учесть произошедшее за 5 лет снижение на 1,5 млн. чел. численности населения России. Отметим, что прирост общего количества больных по всем регистрируемым классам заболеваний за тот же срок соответствовал 6,8%.

Относительный показатель болезненности по БКМС в расчете на 1000 жителей всех возрастов вырос на 21,1% : с 66,8 до 80,9. Увеличилось также количество суставно-мышечных

затель заболеваемости, рассчитанный на 1000 населения России, возрос за это время с 26,7 до 28,9, или на 8,2%.

Показатели ревматологической болезненности, рассчитанные для 11 территориально-экономических регионов РФ по данным за 1994 и 1998г, представлены в таблице 2. Видно, что имеются регионы, в которых достаточно стабильно определяются высокие показатели болезненности, превышающие среднероссийский уро-

Таблица 2

Распределение БКМС по регионам России (на 1000 жителей).

Регионы	1994 г.	1998 г.
Западная Сибирь	77,6	95,1
Север	72,7	92,9
Центр	69,0	90,9
Северо-Запад	61,2	85,2
Поволжье	72,3	82,7
Волго-Вятский	72,9	82,7
Урал	68,6	80,3
Центрально-Черноземный	65,4	74,9
Восточная Сибирь	59,1	67,2
Дальний Восток	59,7	65,7
Северный Кавказ	52,5	56,3
Российская Федерация	66,8	80,9

вень (например, Западная Сибирь, Север, Центр, Северо-Запад, Поволжье). В то же время, выделяются 3 региона (Восточная Сибирь, Дальний Восток, Северный Кавказ), отличающиеся постоянно низкими значениями общей заболеваемости БКМС.

В таблицах 3 и 4 приведена динамика показателей болезненности и заболеваемости в 3-х статистически выделяемых возрастных группах населения: у детей, подростков и у взрослых. Видно, что абсолютные величины и относительные показатели (на 1000 населения соответствующего возраста) болезненности (общей заболеваемости) существенно увеличились во всех 3-х возрастных группах (табл. 3). Наибольший прирост отмечен в группе подростков: соответственно на 102,9% и 119,9%, затем-у детей: на 41,0% и 42,1% и среди взрослых - на 14,7% и 17,2%. Об-

ревматического заболевания ставился среди подростков почти в 2 раза чаще, чем в 1994г (у 36,2 против 18,6 на 1000), и среди детей - почти в 1,5 раза чаще (22,5 и 15,2 на 1000- соответственно). У взрослых же количество ежегодно регистрируемых новых случаев БКМС оставалось практически неизменным в течение всех 5 лет, колеблясь около 3,3 млн. чел, или 30,1 -30,9 на 1000.

В статистической отчетной форме МЗ РФ N 12 вплоть до 1998г из всего XIII класса болезней выделялись лишь 4 нозологические группы: ревматоидный артрит (РА), анкилозирующий

Таблица 3.

Болезненность по БКМС в трех возрастных группах населения

Возрастные группы		1994 г.	1996 г.	1998 г.	Динамика (%)
Взрослые (18 лет и старше)	Всего (тыс. чел.)	8682,0	9424,7	9962,4	+14
	на 1000	79,8	87,4	93,5	+17,2
Подростки (15-17 лет)	Всего (тыс. чел.)	273,7	388,5	555,3	+102,3
	на 1000	42,8	63,7	94,1	+119,9
Дети (0-14 лет)	Всего (тыс. чел.)	934,1	1115,6	1317,4	+41
	на 1000	28,5	34,2	40,5	+42,1

щая тенденция-рост относительного показателя за 5 лет несколько превосходил степень увеличения абсолютного количества зарегистрированных больных. Обращает на себя внимание тот факт, что болезненность по БКМС среди под-

спондилоартрит (АС), остеоартроз (ОА) и диффузные болезни соединительной ткани (ДБСТ). При этом учитывались лишь больные взрослой возрастной группы.

В табл.5 представлена динамика показате-

Таблица 4.

Заболеваемость по БКМС в трех возрастных группах.

Возрастные группы		1994 г.	1996 г.	1998 г.	Динамика (%)
Взрослые (18 лет и старше)	Всего (тыс. чел.)	3339,1	3344,6	3299,5	-1,2
	на 1000	30,7	30,9	30,6	-0,3
Подростки (15-17 лет)	Всего (тыс. чел.)	119,0	164,2	217,1	+82,4
	на 1000	18,6	26,5	36,2	+94,6
Дети (0-14 лет)	Всего (тыс. чел.)	501,7	611,0	719,5	+43,4
	на 1000	15,2	18,8	22,5	+48,0

ростков к 1998 г. сравнялась и даже несколько превысила таковую для взрослой группы больных: 94,5 на 1000 и 93,5 на 1000 населения - соответственно. Болезненность среди детей была более чем вдвое ниже как взрослой, так и подростковой групп (40,5 на 1000).

Вышеуказанные тенденции оказались еще более выраженными в динамике показателей т.н. "первичной" заболеваемости, или просто заболеваемости (табл.4): в 1998г первичный диагноз

лей болезненности и первичной заболеваемости по указанным нозологиям к 1998г по сравнению с 1994г. По обоим рубрикам отмечаются однонаправленные изменения, произошедшие за 5 лет: отсутствие или небольшие количественные сдвиги в величинах, характеризующих болезненность и заболеваемость РА и АС; существенное уменьшение количества зарегистрированных больных и относительных статистических показателей по ДБСТ (на 40,3% и 52,6% - соответ-

венно), заметное увеличение (на 44,3% и 25%) болезненности и заболеваемости ОА.

Основными показателями, отражающими

вичной инвалидности на 10 000 жителей в 1998г был на 20,75% выше, чем в 1994г.: соответственно 6,4 и 5,3. Доля инвалидов по БКМС среди всех

Таблица 5.

Показатели болезненности и заболеваемости по 4-м группам ревматических болезней среди взрослых жителей России (по годам).

Нозология	1994 г.		1996 г.		1998 г.		Динамика (%)
	Абс. (тыс.)	На 1000	Абс. (тыс.)	На 1000	Абс. (тыс.)	На 1000	
Болезненность							
РА	303,7	2,8	303,0	2,75	303,8	2,75	-1,8
АС	53,3	0,49	55,5	0,5	53,1	0,48	-2,0
ОА	864,4	7,9	1098,4	9,9	1259,1	11,4	+44,3
ДБСТ	84,0	0,77	58,7	0,53	51,0	0,46	-40,3
Заболеваемость							
РА	42,2	0,39	36,0	0,33	36,2	0,33	-15,4
АС	12,2	0,11	12,7	0,1	10,8	0,11	0
ОА	261,9	2,4	310,0	2,8	1334,3	3,0	+25,0
ДБСТ	20,8	0,19	13,9	0,13	10,3	0,09	-52,6

влияние БКМС на трудовой потенциал общества, является временная и стойкая нетрудоспособность. По величине временной нетрудоспособности, рассчитанной на 100 работающих в год, БКМС постоянно находятся на 2-м месте в случаях и на 3-м - в днях среди всех регистрируемых причин. Как представлено в табл. 6, оба этих показателя, рассмотренные за период с 1994 по 1998 г., увеличились: в 1998 г случаев нетрудоспособности было на 14%, а дней нетрудоспособности - на 25,9% больше, чем 5 лет назад. Наибольшие значения временных трудовых потерь отмечались в 1997г.: 6,8 случаев и 111,1 дней нетрудо-

больных в РФ, впервые признанных инвалидами, составила в 1998г 6,3%. При анализе возрастного состава пациентов, получивших инвалидность, обращено внимание, что 46,9% из них - люди наиболее активного возраста: женщины моложе 44-х и мужчины моложе 49 лет. Также замечено, что 53,7% больных БКМС уже при первом освидетельствовании устанавливалась II или I группы инвалидности. Нозологический состав ревматологических инвалидов неизвестен, ибо учет конкретных диагнозов, приведших к стойкой потере трудоспособности, органами Государственной службы медико-социальной экс-

Таблица 6

Временная нетрудоспособность в связи с БКМС (на 100 работающих)

	1994 г.	1996 г.	1998 г.
Случаи	5,7	6,0	6,5
Дни	83,7	96,6	105,4

способности на 100 работающих. К последнему году анализа эти показатели немного снизились: соответственно до 6,5 и 105,4.

Мы также располагаем количественными данными по первичному выходу на инвалидность в связи с БКМС среди жителей РФ старше 16 лет (табл.7). Видно, что количество больных, которым устанавливалась инвалидность, также увеличивается. Относительный показатель пер-

спертизы не ведется. Известно лишь, что 42,9% освидетельствованных больных с БКМС имели различные заболевания центральных отделов скелета, объединяемые термином "дорсопатии".

В 1998г 163 540 больных с одним из ревматических заболеваний были повторно переосвидетельствованы во МСЭК РФ в связи с истечением срока ранее установленной инвалидности или с целью пересмотра группы инвалидности. Это составило 9,0% от всей когорты больных, которая подвергалась переосвидетельствованию в том году. Коэффициент инвалидизации для них (на 10 000 населения 16 лет и старше) составил 14,9 (в 1997г он равнялся 13,2, прирост составил 12,9%). В группе переосвидетельствованных пациентов с БКМС более половины (54,9%) относились к молодой, наиболее дееспособной воз-

растной группе населения. У 41,5% из них причиной инвалидности были дорсопатии. 49,6% больных при переосвидетельствовании были

В настоящее время, судя по данным статистики, количество зарегистрированных по обращаемости ревматологических больных всеми БКМС (в расчете на 1000 населения РФ всех возрастов) превосходит вышеприведенный эпидемиологический показатель распространенности 4-х основных РБ и имеет тенденцию к постоянному росту: от 66,8 в 1994 г до 80,9 в 1998г, т.е. с увеличением за 5лет на 21,1%.

Таблица 7

Инвалидность в связи с БКМС (среди населения старше 16 лет)

	годы	Абс. (чел.)	На 10000
Первичный выход	1994	58089	5,3
	1996	60822	5,5
	1998	70828	6,4
Переосвидетельствование	1998	163540	14,9
Всего	1998	234368	21,3

признаны полностью утратившими трудоспособность (инвалидность II и I группы).

Таким образом, общее количество освидетельствованных больных БКМС на предмет определения инвалидности в 1998г равнялось 234 368 чел с отношением первичные инвалиды: повторно признанные инвалидами как 1:2,3. Общий относительный показатель инвалидизации составил 21,3 на 10 000, увеличившись по сравнению с предыдущим 1997г на 11,6%. Доля всех ревматологических инвалидов (первичные + повторные) среди всех причин инвалидности достигла 7,9%. Из них 52,5% были женщины моложе 44 лет и мужчины моложе 49 лет. Более половины (51,65%) составляли инвалиды I и II групп. Суммарная величина дорсопатий среди всех БКМС в качестве причины инвалидности составила 42,2%.

Обсуждение.

Статистические данные, основанные на годовых отчетах всех 89 субъектов Федерации, естественно, не могут совпадать с результатами специально организованных эпидемиологических исследований. Они лишь свидетельствуют о том, сколько больных с тем или иным заболеванием или группой заболеваний обратились в данном году за медицинской помощью в государственные поликлиники России и были соответствующим образом учтены. Многие больные, особенно страдающие хроническими, медленно прогрессирующими заболеваниями, каковыми являются большинство РБ, могут длительно оставаться вне поля зрения официальных ЛПУ.

По данным проведенного в конце 70-х годов в бывшем СССР многоцентрового эпидемиологического исследования распространенность только 4-х заболеваний из группы БКМС (РА, АС, ОА и подагра) среди лиц старше 15 лет составляла 70,0 на 1000 [1].

Понятно, что статистика, с одной стороны, учитывает весь XIII класс болезней, и болезненность по всему классу должна быть существенно выше соответствующего показателя только по 4-м нозологическим формам. Но с другой стороны, поголовный осмотр населения в ходе эпидемиологического исследования, с применением унифицированных методов и критериев диагностики РБ позволяет установить их истинную распространенность в популяции вне связи с тем, обращался пациент в поликлинику или нет. Статистические же показатели служат ориентирами для рациональной организации соответствующей, в нашем случае - ревматологической, медицинской помощи обращающимся за нею больным.

Итак, анализ динамики статистического показателя "болезненность" свидетельствует, что в России, как и во всем мире, все больший процент населения страдает от РБ. Во многом это связывается с постарением населения, т.к. частота наиболее распространенных дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов и позвоночника заметно нарастает именно в старших возрастных группах [1].

Примечательно, что потребность в получении медицинской помощи при БКМС среди жителей РФ нарастает более быстрыми темпами, чем при всех других заболеваниях в целом. Об этом свидетельствуют такие цифры, как увеличение за 5 лет количества зарегистрированных больных с БКМС на 19,7% против 6,8-процентного роста всей когорты обратившихся в поликлиники пациентов со всеми регистрируемыми в МКБ заболеваниями. В меньшей степени увеличиваются показатели ежегодной заболеваемости, определяемой по частоте диагнозов, установленных впервые в жизни: за 5 лет она возросла на 8,2%. В 1998г из 11 835,1 тыс. больных

с БКМС лиц с впервые диагностированным заболеванием было 4 236,1тыс. Показатель заболеваемости в течение 5 лет колебался в пределах 26,7- 28,9 на 1000 жителей. Понятно, что этот показатель не отражает истинную первичную заболеваемость РБ. Скорее речь идет о выявляемости. В число действительно впервые заболевших, вероятнее всего, могут входить РБ с достаточно яркой дебютной симптоматикой (например, острая СКВ, болезнь Стилла у детей и взрослых, РА с системными проявлениями, реактивный артрит, ревматическая полимиалгия, острый приступ подагры, недавно развившиеся поражения околосуставных мягких тканей и др.) У большинства же ревматологических больных такими заболеваниями, как ОА, типичный суставной РА, различные спондилопатии, хроническая подагра и многие другие, болезнь может начинаться задолго до обращения к врачу. В сложных социально-экономических условиях нашей страны росту показателей болезненности (при относительной стабильности показателя заболеваемости) может также способствовать возросшая потребность длительно болеющих пациентов с РБ в получении не только собственно медицинской помощи, но и определенных медико-социальных льгот (бесплатные лекарства, установление группы инвалидности и т.п.), что приводит их на прием к врачу поликлиники.

Анализ средних показателей болезненности по 11 территориально-экономическим регионам РФ, представленных в таб.2, демонстрирует, что их величина может отражать не только количество проживающих на данной территории больных БКМС, но и степень организации специализированной помощи на местах и ее доступность для пациента. В этом плане представляется, что постоянно низкие значения болезненности, регистрируемые в Восточно-Сибирском и Дальневосточном регионах, обусловлены не столько крепким здоровьем их жителей, сколько значительной протяженностью, удаленностью значительной части территорий от центра и низкой укомплектованностью врачами-ревматологами на местах. Хронический ревматологический больной, проживающий вдали от административного центра, не в состоянии обратиться к "своему" врачу, его болезнь остается недиагностированной и неучтенной.

Близкая ситуация имеется на значительной территории Северного Кавказа, где из-за военных действий и связанных с ними серьезных социальных проблем разрушена вся система здра-

воохранения, особенно специализированные службы, в т.ч. ревматологическая.

Подчеркнем, что 5-летнее увеличение абсолютного количества как всех больных XIII класса, так и впервые в жизни диагностированных оказалось менее существенным, чем прирост соответствующих относительных показателей: 19,7% и 21,1%-для болезненности и 4,3% и 8,2% для заболеваемости, что связано с убылью численности населения РФ. Т.о. жителей России становится меньше, а поражаемость их РБ увеличивается.

Весьма тревожащие данные получены при изучении возрастного распределения рассматриваемых показателей. Установлено, что за анализируемый период болезненность резко увеличилась среди подростков (на 119,9%), детей (на 42,1%) и менее выражено - среди взрослых (на 17,2%). Еще большие различия выявлены в показателях прироста заболеваемости: если у взрослых она осталась практически на одном уровне, то у детей возросла на 48%, а среди подростков - почти вдвое (на 94,6%). Известно, что начало многих РБ приходится на детский и подростковый период [6], причем появление каких-либо ревматических симптомов у ребенка или юноши скорее всего не останется без внимания их родителей, не может быть объяснено бытовым представлением об "обычном" для пожилого человека "суставном ревматизме" и приведет пациента к врачу вскоре после истинного начала болезни. Поэтому выявленное нарастание показателей ревматологической заболеваемости в этих возрастных группах скорее всего отражает действительно происходящие в них негативные процессы. Т.о., если среди взрослого населения России увеличивается, в основном, обращаемость за специализированной ревматологической помощью, то у детей и подростков растет и связанная с обращаемостью болезненность, и собственно заболеваемость. Эти тенденции чреваты дальнейшим ухудшением состояния здоровья нации, снижением ее экономического и оборонного потенциала.

Возможность провести анализ количественных изменений в отношении отдельных нозологических форм РБ ограничена тем, что в отчетных формах МЗ РФ регистрируется одной строкой весь класс БКМС, из которого выделены только РА, АС, ОА и ДБСТ. Причем эти 4 группы болезней учитываются лишь среди взрослых больных (18 лет и старше).

Удельный вес указанных форм среди все-

го класса БКМС по данным 1998г составлял 16,7% (1 667,0 тыс. из 9 962,4 тыс.). За анализируемые 5 лет число зарегистрированных больных этими 4-мя основными группами РБ увеличилось на 27,7%, т.е. прирост, как следует из вышеприведенных данных по болезненности среди взрослых, превысил таковой для всего XIII класса болезней (14,7%, табл. 3).

Еще более интенсивно, по сравнению со всем классом, возросла абсолютная величина "первичной" заболеваемости: на 16,2% и -1,2% соответственно, или с 337,1 тыс до 391,6 тыс новых диагнозов за год. Следует подчеркнуть, что весь прирост был обусловлен одним заболеванием - ОА, для которого показатель болезненности увеличился на 44,3%, а заболеваемости - на 25,0%. По 3-м другим нозологиям эти показатели изменились либо незначительно (в основном, для АС), либо уменьшились (для РА и особенно для ДБСТ).

Итак, в 1998г среди взрослых жителей России было зарегистрировано всего 1 259,1 тыс больных ОА, или 11,4 на 1000 населения 18 лет и старше. По сравнению с отечественными эпидданными по распространенности ОА в бывшем СССР в 70-х годах (64,3 на 1000 населения старше 15 лет) это почти в 6 раз реже [1].

О естественном несовпадении результатов эпидемиологических и статистических исследований мы говорили выше. Еще более выраженные количественные различия видны при сравнении отечественных данных с результатами специального обследования 6 913 жителей США в возрасте 25-74 года. Распространенность ОА среди них составила 121,0 на 1000. При пересчете на все население в 1990г в США оказалось 20,7 млн. больных ОА. Подчеркивается, что диагноз основывался только на клинических данных, без рентгенографического подтверждения, и в разработку не включались лица старше 75 лет [10]. Показательно, что в специально проведенном в конце 90-х годов отечественном эпидемиологическом исследовании установлена весьма высокая распространенность ОА среди коренных жителей Якутии: 18,1 на 100 обследованных [4]. Еще о более высокой распространенности ОА среди сельских жителей Оренбургской обл. сообщал Ю.А. Дорошенко [2].

Таким образом, ОА является наиболее распространенным хроническим ревматическим заболеванием взрослого населения России. Однако обращаемость больных в государственные ЛПУ в несколько раз ниже, чем действительная

распространенность этого заболевания.

Касаясь полученных данных по РА, отметим, что установленная на основании статистических разработок болезненность по этому заболеванию оказалась вполне сопоставимой с популяционной частотой определенного РА, установленной в результате вышеупомянутого эпидемиологического исследования [1]: по данным статистики она составляет 2,75 на 1000 лиц 18 лет и старше, по эпидданным - 2,4 на 1000 населения старше 15 лет. Можно предположить, что все больные с манифестными проявлениями РА в РФ обратились к врачу, были правильно диагностированы и учтены. В общем, по РФ регистрируется ежегодно около 300 тыс. больных РА (по данным 1998г - 303,8 млн чел). И абсолютное количество, и относительный показатель болезненности по России оказываются значительно более низкими, чем, например, в США. В последней имеется 2,1 млн. больных определенным РА, что соответствует показателю 10,0 на 1000 (10). Такую же тенденцию в отношении величины распространенности РА в бывшем СССР по сравнению с зарубежными данными отмечали Л.И. Беневоленская и М.М. Бржезовский [1]. Трудно объяснить факт снижения показателя заболеваемости РА, составившего за 5 лет 15,4%. Но интересно, что и американские авторы отмечают подобные изменения в своей стране при сравнении результатов последних исследований с предыдущими [9].

Показатели болезненности и заболеваемости по АС, как и количество регистрируемых в РФ больных, достаточно стабильно: в пределах 0,48 и 0,1 на 1000-соответственно. Отметим, что определенная на основании статистических данных болезненность оказалась, как и при РА, сопоставимой с эпидемиологически установленной распространенностью. Последняя равнялась 0,5 на 1000 (определенный АС - 0,31+ вероятный - 0,19) [1]. По данным скандинавских авторов, этот показатель оказался в 2-4 раза выше [11].

Остается неясной причина существенного уменьшения за 5 лет как общего количества зарегистрированных в ЛПУ России больных ДБСТ, так относительных показателей болезненности и заболеваемости. Этот вопрос требует специального изучения.

К сожалению, вся группа ДБСТ учитывается в целом, без выделения отдельных нозологических форм. Можно только предположить, что основная доля в ней принадлежит наиболее распространенному заболеванию - СКВ, ибо

остальные нозологии этого ряда: системная склеродермия, дерматомиозит и др. встречаются, как известно, значительно реже.

Отечественные данные по распространенности и заболеваемости СКВ в популяции отсутствуют. Лишь в работе О.М.Лесняк указывается, что распространенность этого заболевания, основанная на данных обращаемости больных за медицинской помощью, среди взрослого населения Свердловской обл. в середине 80-х годов составляла 0,075 на 1000 [3]. Статистические показатели по РФ, отражающие, как отмечено выше, болезненность и заболеваемость по всем ДБСТ, существенно выше: 0,46 и 0,09 (данные за 1998г). Примечательно, что они оказались сопоставимы с данными по распространенности и заболеваемости СКВ среди взрослого белого населения США: соответственно 0,4 и 0,034 на 1000 [9].

Пресс РБ на современное общество обуславливает не только их широкая распространенность, но и связанные с ними значительные трудовые потери. Наш анализ последних статистических данных отражает процесс нарастающего негативного влияния БКМС на трудовой потенциал России. Этот вывод следует из анализа динамики временной нетрудоспособности на 100 работающих, которая увеличилась за 5 лет в случаях на 14% и в днях более чем на 25%. По величине временных трудовых потерь БКМС неизменно занимает 2-е - в случаях и 3-е - в днях нетрудоспособности - место среди всех причин.

Хронический, прогрессирующий характер большинства РБ отражается в показателях стойкой потери /ограничении трудоспособности, или инвалидности. Показано, что количество больных с БКМС, впервые становящихся инвалидами, в 1998г более чем на 20% превышало таковых 5 лет назад. Более половины впервые освидетельствованных пациентов - люди наиболее активного возраста, причем 53,7% впервые получивших инвалидность в 1998г были сразу признаны полностью утратившими трудоспособность (инвалиды II и I группы). Подобные закономерности сохраняются и при переосвидетельствовании ревматологических больных. Примечательно, что число пациентов, ежегодно проходящих переосвидетельствование во МСЭ в связи с истечением срока инвалидности или для пересмотра группы, как правило, в сторону ее утяжеления, более чем вдвое превосходит количество освидетельствуемых впервые в жизни (отношение первых ко вторым 2,3:1). При этом не-

обходимо учитывать, что значительной когорте больных, имевших II и I группы в течение 5 лет и более, устанавливается бессрочная инвалидность, и они не попадают в дальнейшем в ежегодные отчеты Государственной службы МСЭ. Исходя из патогенетических свойств большинства РБ, а именно - прогрессирующее хроническое течение, можно предположить, что истинное отношение больных с длительными сроками инвалидности к впервые теряющим трудоспособность еще более выразительное. Ревматологические больные, раз утратив трудоспособность, имеют очень малую вероятность к ее восстановлению. Т.о., в популяции постоянно происходит накопление инвалидов с БКМС.

Обращается внимание, что более 40% инвалидности в связи с БКМС обусловлено различными заболеваниями позвоночника, или дорсопатиями. Из-за отсутствия регистрации диагнозов заболеваний, приводящих к инвалидизации, нельзя установить их нозологический состав. Однако сведения, полученные нами при специальном изучении более 55 тыс. статистических талонов амбулаторного больного из 4-х областей РФ, свидетельствуют о значительном вкладе в структуру поликлинических больных с БКМС пациентов с дегенеративно-дистрофическими поражениями позвоночника и связанными с ними болевыми синдромами. Такие больные составляют более 60% от всех пациентов с костно-суставной патологией [5]. Можно полагать, что они же обуславливают большой процент инвалидизации. При этом следует учитывать, что в эту группу не входили больные с остеопорозом позвоночника, который до последнего времени в России практически не диагностировался и не регистрировался.

Отечественным ревматологам следует усилить свое внимание к проблемам диагностики, лечения и профилактики инвалидности при этой распространенной патологии осевого скелета человека.

Таким образом, РБ являются существенным звеном в цепи факторов, оказывающих негативное влияние на состояние здоровья и трудовые возможности жителей страны. По мере старения населения распространенность хронических поражений суставов и позвоночника неуклонно нарастает, что ведет к увеличению обращаемости населения РФ за медицинской помощью. В то же время, повозрастной анализ статистических показателей болезненности и первичной заболеваемости свидетельствует о весь-

ма тревожных процессах в отношении резкого роста этих показателей среди детей и подростков, что может в дальнейшем еще более усугубить негативные демографические тенденции в российской популяции. Отечественная ревматологическая служба не может оставаться безучастной к происходящим процессам. Долг научной и практической ревматологии - понять причины происходящих сдвигов и суметь противопоставить им надежный заслон как путем улучшения ранней диагностики и повышения эффективности терапии, так и разработки и внедрения действенных мер профилактики основных РБ при постоянном совершенствовании организации помощи ревматологическим больным на всех уровнях.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Беневоленская Л.И., Бржезовский М.М. Эпидемиология ревматических болезней. М., Медицина, 1988, 235.
2. Дорошенко Ю.А. Эпидемиология остеоартроза у работников сельского хозяйства. Тез. докл. I Съезда ревмат. России, Оренбург, 1993, 388-390.
3. Лесняк О.М. Изучение наследственности, антигенов гистосовместимости и некоторых иммунологических параметров в семьях больных системной красной волчанкой. Автореф. канд. дисс., М, 1987, 1-34.
4. Протопопова Р.Н., Эрдес Ш.Ф., Кривошапкин В.Г. Эпидемиологическое исследование распространенности остеоартроза среди коренных сельских жителей Республики Саха (Якутия). (Науч. - практ. ревматол., в печати).
5. Фоломеева О.М., Амирджанова В.А., Якушева Е.О., Лобарева Л.С., Логинова Е.Ю. Анализ структуры XIII класса болезней. Росс. ревмат., 1998, 1, 2-7.
6. Фоломеева О.М. Ревматические болезни в первые два десятилетия в жизни человека (в печати).
7. Dugowson C.E., Koepsell T.D., Voigh L.F. et al. Rheumatoid arthritis in women: incidence rate in Group Health Cooperative, Seattle, Washington. Arthr. Rheum., 1991, 34, 1502-1507.
8. Felts W., Yelin E. The economic impact of rheumatic diseases in the United States. J.Rheumatol., 1989, 16, 867-884.
9. Fessel W.J. SLE in the community: incidence, prevalence, outcome, and first symptoms; the high prevalence in black women. Arch. Intern. Med., 1974, 134, 1027-1035.
10. Lawrence R.C., Helmick Ch.G., Arnett F.C. et al. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. Arthr. Rheum., 1998, 41, 778-799.
11. Van der Linden S.M., Valkenburg H.A., de Jongh B.M. et al. The risk of developing AS in HLA-B27 positive individuals: a comparison of relatives of spondylitis patients with the general population. Arthr. Rheum. 1984, 27, 241-249.

Поступила 6.04.2000 г.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК: 616.72-002.775-07

АРТРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ГОНАРТРОЗА.

Е.Ю.Панасюк, Е.С.Цветкова, Ю.А.Олюнин, А.В.Смирнов.

Институт ревматологии (директор - академик РАМН В.А.Насонова) РАМН

Резюме.

Цель исследования: анализ значения артроскопии коленных суставов для характеристики степени деструкции хряща и синовиита при гонартрозе.

Материалы и методы. Артроскопическое исследование проведено 24 больным гонартрозом (I-III ст. по A. Larsen) аппаратом "STORZ" с фотоприставкой. Анализировались шесть основных зон коленного сустава: надколенник, трохлеарная область, латеральная и медиальная суставные поверхности бедренной кости, латеральная и медиальная суставные поверхности большеберцовой кости. Крите-