

стороны, выделение с 1999г в статистической отчетной форме отдельной графы - реактивных артропатий, а с другой, - возможен истинный рост связанных с инфекцией (хламидиозных, иерсиниозных, боррелиозных и др.) - артропатий и артритов.

На прежнем уровне сохраняются показатели распространенности и заболеваемости (32,1 на 100 000) и (3,7 на 100 000) по группе системных поражений соединительной ткани.

Следует указать, что за последние 5 лет имеет место рост первичного выхода на инвалидность больных БКМС (1995г- 3,0, 1996г- 3,2, 1997г- 4,1, 1998г- 5,0, 1999г- 4,2, 2000г- 5,2 на 10 000 работающих). Этот показатель значительно выше по сравнению с другими классами заболеваний: органы дыхания- 2,6, эндокринная система- 2,3, желудочно-кишечный тракт- 1,6 и др.). Рост обращаемости больных с суставно-костно-мышечной патологией за медицинской помощью, отразившийся на показателях заболеваемости и распространенности, естественно, привел к увеличению удельного веса больных с БКМС на ревматологических койках. Так, доля ревматоидного артрита составила в 2000г 22%, реактивных артропатий- 11%, анкилозирующего спондилоартрита - 9%, остеоартроза и дорсопатий -12%.

В области за последнее время отмечена значительная интенсификация работы ревматологической койки. Так, если оборот койки составлял в 1998г 18,3, в 1999г- 19,7, то в 2000г он достиг 20,8. Среднее пребывание на койке ревматологического больного снизилось с 18,3 в 1998г до 16,9 дня в 2000г, при этом пролечено почти на 400 больных больше, чем в прошлом году, при относительно стабильной летальности: 1998- 0,45%, 1999г- 0,34%, 2000г- 0,41%. Это было достигнуто благодаря обеспечению бесплатного обследования и лечения пациентов в рамках медико-экономических стандартов в поликлиниках и стационарах и введению платных медицинских услуг на высокотехнологичные методы диагностики и терапии. В ближайшие два года в областной больнице г. Пензы планируется приобрести новый иммуноферментный анализатор для внедрения целого спектра стандартизованных иммунологических исследований, необходимых для диагностики ревматических заболеваний, артроскоп для совместной работы ревматологов и травматологов, а также компьютеризировать рабочие места ревматологов. Надеемся, что новое оборудование и оснащение будут способствовать дальнейшему повышению уровня и улучшению качества работы ревматологов г. Пензы и Пензенской области.

Поступила 27.03.01.

УДК: 616.72-002.77:614.2

## ПРОБЛЕМА РЕМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ОСТЕОПОРОЗА В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Л.В. Меньшикова

Институт усовершенствования врачей, Комитет здравоохранения Администрации Иркутской области

Ревматические болезни (РБ) имеют большой удельный вес среди хронических неинфекционных заболеваний. Вместе с тем, болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани (БКМС) уделяется недостаточное внимание, т.к. их не считают жизнеугрожающими.

В Иркутской области ревматологическая служба была создана под руководством проф. Ю.А.Горяева одной из первых в стране, но сохранилась только в Иркутске. Отделение и развитие кардиологической службы с одновременной недооценкой медико-социальной значимости РБ привели к ликвидации ревматологической службы в области. Благодаря приказу МЗ РФ №202 от 1999 г. "О совершенствовании медицинской помощи больным ревматическими заболеваниями" с нормативами нагрузки на ревматолога, положениями об организации ревматологических кабинетов, отделений и центров, при поддержке руководителей Комитета здравоохранения в Иркутской области была вновь организована ревматологическая служба.

Анализ заболеваемости РБ по данным обращаемо-

сти в поликлиники (отчетная форма №12) выявил рост распространенности (общей заболеваемости) БКМС за последние годы среди населения области. В структуре терапевтической заболеваемости БКМС занимают третье место. За последние девять лет у взрослых показатели распространенности увеличились с 8380 в 1992 г до 10500 в 2000г на 100 000 населения, прирост составил 25% (рис.). Среди подростков общая заболеваемость выросла почти в 2 раза - с 3850 до 7595/100 000 (прирост 97%).

Наиболее высокий рост РБ выявлен у детей - в 2,3 раза (с 2080 в 1992 г. до 4888/100 000 в 2000 г). Значительное повышение общей заболеваемости за 5 лет (1995-1999)- у детей на 79%, у подростков на 37% и среди взрослых на 10% - соответствуют данным В.А. Насоновой и О.М. Фолломеевой [4,6] по России, где прирост составил 53,4%, 111,5% и 9,7% соответственно (показатели на 100 000 населения соответствующего возраста). То есть, одинаковое увеличение показателей распространенности болезней КМС среди взрослых отмечается и по Иркутской области и РФ в целом, значительное повышение - среди подростков по РФ, а по области - особенно заметное среди детского населения.

Первичная заболеваемость за 5-ти летний период выросла у детей и подростков - на 96% и 20,9% (по РФ на 54,2% и 99,5%), среди взрослых отмечено снижение на 1% (на 1,9% по РФ). Но в 2000г по сравнению с 1999г в облас-

Адрес для переписки:

Л.В. Меньшикова,

664047 г. Иркутск, ул. Байкальская, 109.

Диагностический центр

тел.: (395 2) 53-32-71, 28-91-16

fax (395 2) 21-12-30

E-mail: menshikova@dc.baikal.ru

ти выявлено увеличение первичной заболеваемости на 3,7% среди взрослых, а у детей на 30,6%. У подростков показатель первичной заболеваемости остался на прежнем уровне.

пороками: сердца в связи с развитием у них недостаточности кровообращения и нарушениями ритма, которые сами являются показаниями для госпитализации, и гиподиагностику вторичного инфекционного

эндокардита, реактивного артрита и других воспалительных процессов, связанных с сопутствующей патологией. Формальное отношение к диагнозу ОРЛ свидетельствовало и отсутствие назначения противоревматического лечения.

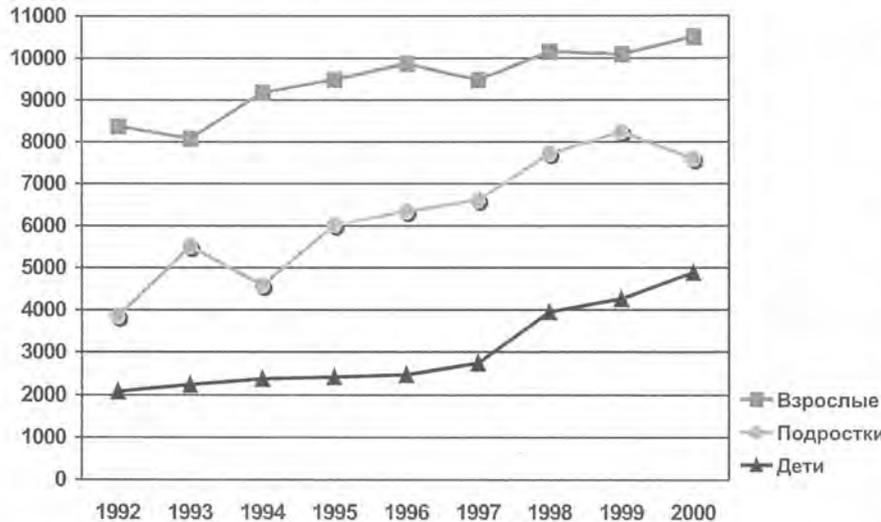
Требует дальнейшего уточнения диагноз впервые выявленного хронического ревматического поражения сердца без порока, которые составляют треть случаев по области и по РФ.

Заболеваемость артрозами по области в 2 раза превышает республиканские показатели, и частота их колеблется по городам и районам. Эти различия связаны, прежде всего, с качеством диагностики и регистрации заболевания. Наличие цеховой службы в поликлиниках, МСЧ на крупных предприятиях способствует лучшему выявлению заболевания и его регистрации. Вместе с тем, показатели по обращаемости значительно

ниже эпидемиологических данных, по которым частота артрозов в Иркутске составляла 6,8% [1].

Увеличилась частота выявления реактивных артритов и болезни Рейтера, обусловленная как повышением истинной заболеваемости, прежде всего за счет инфекций,

Динамика показателей общей заболеваемости (распространенности) БКМС\* в Иркутской области (1992-2000 гг.).



\* на 100 000 населения

Структура ревматической заболеваемости взрослого населения представлена в табл.1. Показатели заболеваемости «ревматизмом» (острой ревматической лихорадкой и хроническими ревматическими болезнями сердца) уменьшаются среди взрослых и подростков, оставаясь на одном

Таблица 1.  
Общая заболеваемость взрослого населения Иркутской области ревматическими болезнями (на 100 000 населения).

Показатель	Зарегистрировано всего			В т.ч. диагноз установлен впервые		
	1999	2000	РФ 1999	1999	2000	РФ 1999
Острая ревматическая лихорадка	5,2	4,8	11,6	2,2	1,6	2,7
Хронические ревматические болезни сердца	304,2	275,3	294,0	9,5	7,9	11,3
Ревматические пороки сердца	195,6	193,7	212,1	6,3	5,4	7,2
Болезни костно-мышечной системы, из них:	10095,8	10499,9	9022,2	2981,4	3091,4	2949,8
- ревматоидный артрит	205,8	197,9	242,4	20,1	20,8	23,7
- реактивные артропатии	51,9	76,4	38,2	17,7	19,4	15,0
- артрозы	1835,4	2104,2	1263,1	343,9	379,3	350,8
- анкилозирующий спондилоартрит	29,0	32,6	33,3	3,9	4,3	4,9
- системные поражения соединит. ткани	29,0	28,1	38,8	5,5	3,1	7,2
- остеопороз	21,1	54,0	28,4	8,1	23,2	8,5

уровне у детей. Проведенный плановый анализ случаев острой ревматической лихорадки (ОРЛ) на фоне клапанных пороков сердца у взрослых в Иркутске и 4-х городах области выявил случаи гипердиагностики активности процесса в связи с необходимостью обоснования для страховых компаний показанности госпитализации больных с

передающихся половым путем, так и улучшением знаний врачей этой патологии. Высокие показатели характерны для крупных городов, низкие - для небольших городов и отдаленных районов, где медицинская помощь оказывается фельдшерами, и можно ожидать гиподиагностику многих РБ.

Согласно приказу МЗ РФ №239 от 1997 г, в Иркутске в 1998 г был создан областной Центр профилактики остеопороза, переведенного с открытием нового Диагностического центра на его базу. В рамках совместной работы под руководством Центра профилактики остеопороза МЗ РФ (руководитель - профессор Л.И.Беневоленская) по выполнению республиканской программы по изучению остеопороза и переломов изучена частота переломов бедра и предплечья у лиц старше 50 лет в 4- городах области. Частота переломов проксимального отдела бедренной кости составила в среднем 133,4 на 100 000 человеко/лет наблюдения (153,1 у женщин и 101,4 у мужчин). Частота переломов дистального отдела предплечья - 575,5/100 000 (802,5 у женщин и 207,5 у мужчин). Выявлены закономерности возникновения переломов - преобладание частоты переломов у женщин и нарастание их с возрастом у лиц обоего пола. Вместе с тем, в Шелехове, расположенном вблизи Иркутска, где основным предприятием является алюминиевый завод, частота переломов бедра была одинаковой и у мужчин и у женщин, а частота переломов дистального отдела предплечья среди мужчин значительно превышала показатели по Иркутску и области в целом: 344,0 против 226,1 на 100 000 (стандартизованные показатели по полу и возрасту). Этот факт требует дальнейшего изучения и осмысления.

В ЛПУ области диагноз остеопороза регистрируется только после проведения денситометрии. Неучтенными остаются случаи вторичного остеопороза, имеющие рентгенологические или КТ - признаки остеопороза и нетравматические переломы позвоночника и конечностей, особенно у лиц пожилого и старческого возраста. Так, по данным рентгеновской денситометрии позвоночника и проксимального отдела бедра у лиц старше 50 лет остеопороз выявлен у 496 из 1669 больных (29,7%), из них у 21% в возрастной группе 50-60 лет, у 31,1% - в возрасте от 60 до 70 лет и у 45,2% - старше 70 лет. Остеопения обнаружена у 40,3% обследованных.

За последние годы изменилась структура больных, проконсультированных в ГРЦ, Диагностическом центре и областной консультативной поликлинике. Так, среди проанализированных 9855 больных лица с воспалительными заболеваниями суставов и позвоночника составили 39,1%; из них с ревматоидным артритом (РА) 14,4%, болезнью Рейтера и реактивными артритами 11%; с остеоартрозом - 31%; с подагрой - 3,4%. Пациенты с ревматическими пороками сердца составили всего 4,9%.

Особую тревогу вызывают показатели заболеваемости РБ среди подростков. В 2000г по сравнению с 1999 г отмечено снижение распространенности БКМС на 9,2%, показатели первичной заболеваемости по этому классу болезней остались на том же уровне. Вместе с тем, увеличилась распространенность воспалительных заболеваний суставов: на 70% возросла общая заболеваемость реактивными артритами и болезнью Рейтера, на 16% - РА.

Разноречивые показатели, ухудшение качества обслуживания подростков могут быть обусловлены передачей подростковой службы из взрослой в детскую. Нарушается преемственность в оказании медицинской помощи подросткам, у педиатров возникают проблемы с экспертной оценкой юношей-призывников. Особенности дебюта, характера течения РЗ у подростков требует определенных знаний у врачей. Их недостаток может вести к ошибкам в постановке и трактовке диагноза. Это иллюстрируется фактом увеличения в 1,5-2 раза показателей заболеваемости анкилозирующим спондиллоартритом подростков, за-

фиксированным по Иркутской области в 2000 г - 11 на 100 000 против 5,9 в 1999 г (по РФ - 5,2 /100 000).

Также обращается внимание на низкий процент диспансеризации подростков с РБ - 60%, что не может не сказаться на качестве оказания медицинской помощи. Отсюда очевидна необходимость разработки программы по выявлению истинной заболеваемости БКМС среди подростков, проведению профилактических и лечебных мероприятий.

Структура детской заболеваемости БКМС в Иркутской области существенно не отличается от республиканской.

Концепция реформирования здравоохранения с акцентом на амбулаторно-поликлиническую помощь предполагает более эффективное использование коечного фонда. Проведение работы по реструктуризации терапевтических коек в крупных городах области позволит выделить ревматологические койки. Мы ставим своей задачей в ближайшее время пересмотреть показания на госпитализацию в специализированные отделения, интенсивнее использовать койки дневного пребывания. За последние два года снизилась длительность пребывания пациентов в стационаре. Среди госпитализированных больных преобладают больные с воспалительными заболеваниями суставов, однако удельный вес больных с остеоартрозом на специализированных ревматологических койках остается высоким и составляет около 25%.

В стационарах, где оказывается помощь больным с РБ, применяются новые диагностические и лечебные методики: экстракорпоральные методы лечения, пульс-терапия. Увеличился контингент больных, пролеченных в дневных стационарах поликлиник, где широко используются методы физической реабилитации. Однако вопрос реабилитации больных БКМС требует дальнейшего совершенствования с привлечением физкультурных диспансеров, санаторно-курортных учреждений, органов социальной защиты. Недостаточно проводится патронаж на дому больных с заболеваниями суставов, нуждающихся в уходе. Т.о., система реабилитации ревматологических больных требует совершенствования и развития. В частности, решаются вопросы их бесплатного обеспечения базисными препаратами и НПВП в районах области.

Низкая укомплектованность терапевтами поликлинической службы по области в связи со свободным распределением молодых специалистов приводит к недостатку врачей ревматологов даже в Иркутске. Это сказывается на качестве ведения больных. Анализ проводимой в поликлиниках локальной внутрисуставной терапии показал, что там, где отсутствует ревматолог и лечение осуществляет травматолог или хирург, внутрисуставное введение глюкокортикостероидов пролонгированного действия может назначаться многократно, с интервалом в 2-3 дня, в "сухой" сустав и без исследования синовиальной жидкости. Результаты были обсуждены с администрацией ЛПУ и со специалистами.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности имеет тенденцию к росту как по всей группе больных с болезнями КМС, так и по отдельным нозологическим формам. Болезни КМС в Иркутской области стабильно занимают четвертое место в случаях и днях на 100 работающих после заболеваний органов дыхания (в основном включающих грипп, ОРВИ), травм и отравлений, трудопотерь по уходу за больными и не отличаются от республиканских показателей (табл.2). По сравнению с 1994 г показатели возросли на 28,1% и 36,1% соответственно. По РФ

рост временной нетрудоспособности (1999-1994 гг) составил в случаях 17,5% и в днях 32,3% [2,5]. При ОРЛ и хронических ревматических болезнях сердца наблюдается снижение временной нетрудоспособности как в случаях, так и в днях.

В структуре первичного выхода на инвалидность по Иркутской области болезни КМС занимают пятое место после заболеваний сердечно-сосудистой системы, травм

больных с РБ. По данным наших исследований, при переломах шейки бедра у лиц старше 50 лет госпитальная летальность составила 8,1% (10,2% у мужчин и 7,1% у женщин), через год летальность возросла до 23,3% (24,8% у женщин и 27,1% у мужчин) и через 2 года до 32,6% (33,6% у женщин и 30,5% у мужчин), то есть умирает каждый третий больной с остеопоретическим переломом бедра.

Существенные трудности представляет оценка со-

Таблица 2.

Показатели временной не трудоспособности по БКМС (на 100 работающих).

Год	1994 (1)	1995 (2)	1999 (3)	2000 (4)	Динамика (4-3), %
Случаи по области	5,7	6,4	6,3	6,7	15,9
по РФ	5,7	6,1	6,7	-	-
Дни по области	78,6	92,6	94,2	107,0	13,6
по РФ	83,7	96,6	111,1	110,7	-

всех локализаций, злокачественных новообразований и психических расстройств и составляют 7% среди всех причин инвалидности. Интенсивный показатель первичного выхода на инвалидность по БКМС составил в 2000 г 7,3 на 10 000 взрослого населения против 6,5 в 1998г. Среди лиц трудоспособного возраста болезни КМС также занимают пятое место, интенсивный показатель – 5,0 на 10 000 трудоспособного населения [3]. При первичном освидетельствовании во МСЭ среди признанных инвалидами по болезням КМС 2/3 составили лица трудоспособного возраста и 1/3 пенсионного. Причем 53,8% больным сразу установлена I и II группы инвалидности, у женщин в возрасте до 44 лет и у мужчин до 49 лет этот показатель составил 50,6%, у лиц пенсионного возраста – 80%. Среди больных с ревматическими пороками сердца при первичном освидетельствовании I и II группа инвалидности определены в 68% случаев (у 58% лиц трудоспособного возраста и 86,7% пенсионного). В структуре инвалидности у детей болезни КМС, как и у взрослых, занимают пятое место.

Учитывая, что в настоящее время изменился подход к определению понятия инвалидность, когда оценивается не только снижение или утрата работоспособности, но и ограничение жизнедеятельности, способности самообслуживания, социальной адаптации, а также принимая во внимание низкий реабилитационный потенциал инвалидов с БКМС, становится понятным факт накопления количества инвалидов с РБ. В связи с этим назрела необходимость разработки областных целевых и территориальных программ с обеспечением дорогостоящими методами лечения и реабилитации лиц с болезнями КМС и ревматическими пороками сердца. Надеемся, что издание приказа МЗ РФ № 252/50 от 2000 г, а затем № 147/43 от 2001г об организации оказания высокотехнологических дорогостоящих видов лечения в учреждениях федерального подчинения с выделением квот позволит повысить объем кардиохирургической и ревмоортопедической помощи больным области.

Определенные сложности представляет анализ смертности при РБ. Показатель стационарной летальности больных с болезнями КМС остается стабильным – 0,09% и соответствует республиканскому. Однако данные о причинах смерти при РБ в официальной статистике отсутствуют. В качестве причины смерти обычно выступает осложнение основного заболевания или сопутствующая патология, а диагноз основного ревматического заболевания часто не регистрируется. Необходимо изучение причин смертности и истинные показатели летальности и смертности

циально-экономического ущерба, наносимого РЗ. Лучшему подсчету поддаются прямые материальные затраты при лечении в стационаре по регистрам. Однако наибольшие экономические затраты испытывает общество и больной на амбулаторном этапе лечения, неся груз прямых и косвенных материальных и моральных затрат. Так, по нашим данным, среди пациентов с переломами шейки бедра нуждались в постоянном уходе через год после перелома 74,2% больных, через 2 года 60,3% (без учета умерших). Выявлено низкое качество жизни больных с переломами бедра и позвоночника.

С целью улучшения качества оказания помощи больным с РБ в городе и области особое внимание уделяется повышению знаний врачей различного профиля по ревматологии. Увеличился объем лекционных часов и семинаров при постдипломном обучении. Кафедрой терапии ГИУВа проведено 2 цикла тематического усовершенствования по ревматологии в Братске и Усолье-Сибирском. Разработаны стандарты многоуровневого оказания медицинской помощи больным РБ в области.

Регулярно проходят заседания Иркутского филиала Ассоциации ревматологов (президент – проф. Ю.А.Горьев) и Ассоциации по остеопорозу (президент - доцент Л.В.Меньшикова) и совместные конференции с другими медицинскими обществами и ассоциациями. Проводятся конференции с участием ведущих ревматологов Института ревматологии РАМН и других научных и учебных учреждений Москвы по актуальным вопросам ревматологии. Проведение научно-практической конференции по остеопорозу в IX 2001г в Иркутске с участием ведущих ученых и специалистов из разных регионов страны вызвало большой интерес у врачей различных специальностей.

В Иркутске функционирует общество больных ревматическими заболеваниями, создается общество больных остеопорозом. Участие в ежегодных выставках "Сибздравоохранение", в Днях здоровья, выступления в средствах массовой информации повышает осведомленность населения о БКМС.

Сотрудники ИГМУ, ГИУВа и практические врачи проводят научную работу по ревматологии, принимают участие во всероссийских съездах, конференциях, международных форумах. Тесная связь с Институтом ревматологии РАМН, Ассоциацией ревматологов России и Российской Ассоциацией по остеопорозу позволяет совершенствовать организационные вопросы, принципы и методы борьбы с РБ.

Включение главного специалиста в работу аттестационной комиссии Комитета здравоохранения и областной лицензионно-аккредитационной комиссии позволяет оценить квалификацию и знание врачей по ревматологии, улучшить работу в лечебных учреждениях. Отчет о работе ревматологической службы, вопросы оказания помощи больным с РБ заслушиваются на областных днях эксперта, заседаниях Ассоциации, на конференциях в городах области. Регулярно осуществляются выезды областных специалистов для оказания консультативной и организационно-методической помощи на местах. При переходе на МКБ-Х и новую статистическую документацию проводились семинары с администрацией и статистиками лечебных учреждений, что позволило избежать значительных ошибок. Разработана специальная схема годовых отчетов, которая, наряду с официальными формами, сдается представителями городов области главному специалисту. Замечания по

#### ЛИТЕРАТУРА.

1. Беневоленская Л.И., Бржезовский М.М. Эпидемиология ревматических болезней. М., Медицина, 1988, 235.
2. Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1999 г. (статистический материал), М., 2000.
3. Здоровье населения и состояние здравоохранения Иркутской области в 1999 г. Иркутск., 2000., 155.
4. Насонова В.А., Фоломеева О.М., Амирджанова В.Н. и др. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани в

отчете (по службам) разбираются на заседании Коллегии Комитета здравоохранения. Комитетом здравоохранения ежегодно издается Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Иркутской области.

Создание областного Центра профилактики ревматических заболеваний и остеопороза на базе Диагностического центра, оснащенного современной аппаратурой, лабораторией, центром телемедицины, позволит улучшить диагностический, лечебный процесс и организационно-методическую работу.

В рамках Декады Костей и Суставов иркутские ревматологи планируют оценить медико-социальную значимость БКМС, привлечь местные органы власти и здравоохранения, а также общественные организации, общества больных и население в целом к решению вопросов профилактики, лечения и реабилитации больных с РБ.

5. Насонова В.А., Фоломеева О.М. Медико-социальные проблемы хронических заболеваний суставов и позвоночника. Тер. архив., 2000, 5, 5-8.
6. Насонова В.А., Фоломеева О.М. Медико-социальное значение XIII класса болезней для населения России. Научно-практич. ревматол., 2001, 1, 7-11.

Поступила 26.10.01.

## ЮБИЛЕЙ

### ЯКОВ АЛЕКСАНДРОВИЧ СИГИДИН (К 70-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)



21 мая 2002 года исполнилось 70 лет руководителю лаборатории клинической фармакологии Института ревматологии РАМН доктору медицинских наук профессору, лауреату премии имени Н.Д.Стражеско АМН СССР, Заслуженному деятелю науки Российской Федерации Якову Александровичу Сигидину.

Яков Александрович Сигидин в 1955 году с отличием окончил II Московский медицинский институт имени Н.И.Пирогова. В Институте ревматологии он работает со дня его основания – с 1958г, пройдя путь от младшего научного сотрудника до профессора, став ученым с мировым именем. В 1969 г он успешно защитил докторскую диссертацию на тему «К механизму лечебного действия антиревматических средств». В 1979г. Я.А.Сигидину присвоено ученое звание профессора по специальности «Рематология».

Основное направление научных исследований профессора Я.А.Сигидина – изучение механизмов и новых методов патогенетической терапии ревматических заболеваний.

Он научно обосновал и впервые успешно применил ряд новых методов лечения ревматических болезней, которые в настоящее время широко внедрены в практику. К ним относятся использование хинолиновых препаратов при затяжных и непрерывно рецидивирующих формах ревматической лихорадки, монотерапия вольтареном и индометацином основных форм этого заболевания. Им впервые применен отечественный препарат салазопиридазин для базисного лечения ревматоидного артрита. Этот метод терапии был признан изобретением.