

ПЕРЕДОВАЯ

РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИНВАЛИДНОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Ш.Ф.Эрдес, О.М.Фоломеева

ГУ Институт ревматологии РАМН, Москва

Хронические ревматические заболевания (РЗ) сопровождаются постоянной болью, скованностью, слабостью и утомляемостью и приводят к глубоким нарушениям функции суставов, позвоночника, мышц, а нередко — и ряда внутренних органов и систем. Все эти процессы негативным образом сказываются на дееспособности больного человека, снижая или полностью лишая его возможности выполнять присущие ему непрофессиональные и профессиональные функции и даже обслуживать себя в быту, то есть превращают его в инвалида.

Термин «инвалид» объединяет, по меньшей мере, два понятия. Во-первых, это недееспособный индивид, обычно с очевидными признаками врожденной или приобретенной патологии. Примечательно, что в словаре В.Даля значение слова «инвалид» интерпретируется еще более узко: «отслуживший, заслуженный воин, неспособный к службе за увечьем, ранением, дряхлостью», то есть автором подчеркивается главным образом плохое физическое и функциональное состояние человека.

В то же время «инвалид» в современной России — это больной или увечный человек, прошедший экспертизу в специальном государственном медико-социальном учреждении — Бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ), где было **официально** подтверждено наличие стойких отклонений (нарушений) в психическом, физическом или функциональном статусе, признана его неспособность к нормальной деятельности, прежде всего — к трудовой, и определена степень ограничения дееспособности (группа инвалидности).

Следует отметить, что последнее значение терминов «инвалид, инвалидность» малопонятно в большинстве других стран, где отсутствуют и структуры, аналогичные МСЭ, и система разделения ограниченно способных или недееспособных членов общества на инвалидов I, II или III групп.

К сожалению, в современном российском обществе только «получение инвалидности» дает воз-

можность пользоваться определенными социальными благами, прежде всего — льготным лекарственным и санаторным обеспечением.

В ежегодных отчетах Федерального Государственного учреждения Федеральное бюро МСЭ (ФГУ «ФБМСЭ») Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации содержатся сведения о численности больных, которые после обращения в поликлинику были направлены в региональные бюро МСЭ и которым была установлена (подтверждена, изменена) та или иная группа инвалидности. Понятно, что данные этих отчетов представляют не только и не столько функциональную характеристику пациентов с той или иной патологией, например, ревматологической, но и неизбежно отражают социальную ситуацию в современной России.

При этом их информативная ценность не вызывает сомнения. Эти официальные сведения дают возможность определить долю РЗ в бремени общегосударственной инвалидности населения России, получить абсолютные и относительные показатели инвалидности, обусловленной этой группой болезней, и изучить тенденцию в их динамике за определенный промежуток времени, что явилось целью настоящей работы.

Материал и методы

Изучены в динамике отчетные сводки ФГУ «ФБМСЭ» за 2001–2005 гг. о числе пациентов 18 лет и старше, *впервые* признанных инвалидами вследствие какой-либо болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (XIII класс МКБ-10, БКМС) или хронической ревматической болезни сердца (IX класс МКБ-10, коды I 05-I 09, ХРБС), объединенных под термином РЗ. Рассмотрено распределение освидетельствованных лиц по группам инвалидности и по возрасту. Представленные показатели выражены в абсолютных числах (число инвалидов) и в уровне инвалидности (число инвалидов на 10 тыс. взрослого населения Российской Федерации, либо на 10 тыс. населения соответствующего возраста).

Отдельному анализу подвергнуты сведения об

Таблица 1

КОЛИЧЕСТВО ПЕРВИЧНЫХ ИНВАЛИДОВ 3-Х ГРУПП С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СРЕДИ
ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

Годы	Всего инвалидов		I группа		II группа		III групп.	
	Абс.,чел	Уровень*	Абс.,чел	%	Абс.,чел	%	Абс.,чел	%
БКМС								
2001	82282	5,7	3581	4,4	37754	45,9	40947	49,7
2002	81625	7,3	4017	4,9	36799	45,1	40809	50,0
2003	78834	8,9	3546	4,5	34764	44,1	40524	51,4
2004	99600	8,7	4763	4,8	48554	48,7	46283	46,5
ХРБС								
2001	11522	-	455	3,9	7516	65,2	3581	30,9
2002	10199	0,9	376	3,7	6589	64,6	3234	31,7
2003	9356	0,8	322	3,4	5939	63,5	3095	33,1
2004	10282	0,9	314	3,1	6693	65,1	3275	32,0
2005	11489	1,0	309	2,7	7133	62,1	4047	35,2

*Уровень инвалидности- количество инвалидов с РЗ на 10 тыс.взрослого населения

инвалидности, вызванной дорсопатиями, выделяемой в отчетах ФГУ «ФБМСЭ» из класса БКМС.

Кроме того, на основании данных доступной нам развернутой сводки Федерального Государственного статистического наблюдения о деятельности бюро МСЭ РФ за 2001г. изучены также величина , возрастная и качественная (группы инвалидности) структура пациентов тех же нозологических групп, признанных инвалидами *ранее и прошедших переосвидетельствование* в бюро МСЭ в указанном году (*«повторные»* инвалиды) , рассчитаны величины первичной , «повторной» и общей (первичные + «повторные» инвалиды) инвалидности взрослого населения РФ от всех причин и вклад РЗ в общую величину первичной и общей инвалидности за год.

Результаты

Изученная нами полная сводка Федерального Государственного статистического наблюдения о деятельности бюро МСЭ РФ за 2001г. об общей (первичная + «повторная») инвалидности позволила установить, что общее число пациентов с РЗ, освидетельствованных в бюро МСЭ Российской Федерации, равнялось 341 161 чел./год (293 309 чел.с БКМС и 47 852 чел.с ХРБС).Общее число инвалидов от всех причин в указанном году составило 3 296 313 чел./год (1 199 761 первичных +2 096 552 «повторных»).Таким образом, доля инвалидов в связи с РЗ превысила 10% от всех зарегистрированных в 2001г. в бюро МСЭ инвалидов России (10,35%).

Число больных РЗ, получивших инвалидность впервые, равнялось 93 804 чел./год (7,8% от всех «первичных» инвалидов в стране) ,а переосвидетельствованных – 247 357 чел./год (11,8% от всех повторно освидетельствованных),то есть первых было в 2,65 раза меньше, чем вторых.

Отношение первичных инвалидов к «повторным» в группе БКМС составило 1:2,6, а среди инвалидов с ХРБС это отношение оказалось еще ниже- 1: 3,15.

Инвалиды с БКМС составили 8,9% от общего числа освидетельствованных из всех классов заболеваний (доля первичных инвалидов с БКМС -6,9% от всего числа впервые признанных инвалидами и «повторных» -10,1% от всех прошедших переосвидетельствование в бюро МСЭ в 2001г.).Доля инвалидов вследствие ХРБС была значительно меньшей- всего 1,45% (менее 1% и 1,7% соответственно).

Динамика *первичной* инвалидности вследствие РЗ за 5 лет (2001-2005гг.) представлена в табл.1,из которой следует, что число инвалидов с болезнями ревматического круга увеличивается: в 2005г. первичная инвалидность в связи с БКМС (132 311 чел./год) на 60,1% превысила соответствующую величину в 2001г. (82 282 чел./год). При этом уровень инвалидности от БКМС (число инвалидов вследствие данной патологии на 10 тыс. взрослого населения РФ) возрос вдвое-с 5,7 до 11,5. Заметный подъем вышеназванных показателей произошел в 2004г. и особенно- в 2005г.

Иная картина наблюдается в отношении инвалидности от ХРБС. Во-первых , инвалидов с ревматическими поражениями сердца значительно меньше, чем инвалидов с БКМС, и их отношение имеет тенденцию к постоянному уменьшению.Так, число пациентов с ХРБС, впервые признанных инвалидами, в 2001г. было в 7,1 раза, а к 2005г.- уже в 11,5 раза меньше, чем нетрудоспособных вследствие БКМС.

Далее, из табл.1 видно, что как абсолютное количество, так и уровень первых (на 10 тыс.взрослого населения) оставались фактически неизменными на протяжении анализируемого 5-летия (соответственно около 10 тыс.чел. и 1,0 на 10 тыс. населения России).

В распределении больных по группам инвалидности внутри обеих нозологических когорт лиц, впервые признанных инвалидами (в связи с БКМС или в связи с ХРБС), заметных изменений за рассматриваемый период не произошло. Видно, что % инвалидов I группы колебался в пределах 4,2

– 4,9 при БКМС и 2,7 – 3,9 при ХРБС. Инвалиды II группы составляли соответственно 44,1-48,7% и 62,1-65,2%, а III группы- 46,5- 51,4% и 30,9-35,2%. Однако следует обратить внимание на тенденцию к некоторому снижению (в течение 5 последних лет) доли инвалидов I группы и росту инвалидов III группы среди больных ХРБС.

Табл.2 демонстрирует распределение первичных инвалидов БКМС и ХРБС по 3-м группам в зависимости от возраста выхода на инвалидность за 2002-2005гг. При этом условно выделяются возрасты: молодой (жен. до 44 лет, муж. до 49 лет), средний (жен.45-54 лет, муж. 50-59 лет) и пенсионный (жен.55 лет и старше и муж.60 лет и старше). Видно,что в группе пациентов с БКМС в течение первых 2-х лет анализируемого периода сохранялись относительно стабильные значения и по числу инвалидов в каждой возрастной группе, и по процентному соотношению между группами, и по числу инвалидов на 10 тыс.взрослых соответствующего возраста. Причем отмечалось некоторое преобладание -и в абсолютных цифрах, и в процентном отношении -лиц молодой возрастной группы (последние составляли 37,1-35,7% от общего числа).

инвалидами вследствие БКМС, то в 2005г. этот показатель увеличился почти втрое- до 26,8.

Сходная динамика отмечена и в отношении первичной инвалидности, связанной с наличием у пациентов ХРБС. Однако тот факт, что общее число таких инвалидов было существенно ниже по сравнению с БКМС, отразился в том, что и абсолютные размеры возрастных групп инвалидов с ХРБС по годам, и показатели их уровней инвалидности оказались на порядок ниже, чем при БКМС.

В сводках ФБМСЭ из класса БКМС выделяются в качестве причины инвалидности дорсопатии. Доля больных , впервые получающих инвалидность именно вследствие дорсопатий, среди всех инвалидов этого класса на всем протяжении наблюдения оставалась весьма существенной, хотя и проявляла тенденцию к уменьшению: от 44,4 -45,5% в 2001-2003гг. до 38-32% к 2004-2005гг.

Из табл.3, демонстрирующей распределение первичных инвалидов с дорсопатиями по группам инвалидности и по возрастным группам, видно, во-первых, что абсолютное число этих инвалидов из года в год увеличивалось (в 2005г. их было на 16% больше, чем 5 лет назад), хотя показатель уровня инвалид-

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ ИНВАЛИДОВ С РЗ ПО ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ

Возр. Годы	Жен. до 44 лет Муж. до 49 лет			Жен. 45-54 лет Муж. 50-59 лет			Жен. 55 лет и > Муж. 60 лет и >		
	Абс.,чел.	%	Уровень*	Абс.	%	Уровень*	Абс.	%	Уровень*
БКМС									
2002	30261	37,1	4,7	24446	29,9	13,0	26918	33,0	9,1
2003	28136	35,7	4,3	25173	31,9	12,9	25525	32,4	8,7
2004	25803	25,9	4,0	25567	25,7	12,7	48230	48,4	16,5
2005	25419	19,2	3,9	28713	21,7	14,2	78179	59,1	26,8
ХРБС									
2002	3176	31,2	0,5	3350	32,8	1,8	3673	36,0	1,2
2003	2862	30,6	0,4	3197	34,2	1,6	3297	35,2	1,1
2004	2535	24,7	0,4	2967	28,9	1,5	4780	46,5	1,6
2005	2259	19,7	0,3	3144	27,4	1,6	6089	53,0	2,1

*Уровень инвалидности- количество инвалидов с РЗ на 10 тыс.населения соответствующего возраста

Однако, начиная с 2004г. и особенно заметно -в 2005г. произошло определенное количественное перераспределение между возрастными группами первичных инвалидов. В связи с некоторым уменьшением числа инвалидов молодого возраста и, главное, со значительным увеличением средней и особенно- пенсионной возрастных групп (почти в 3 раза по сравнению с 2002г.), к 2005г. доля последней увеличилась до 59,1%,а доля первой , наоборот, снизилась до 19,2%.Примечательно, что этот процесс привел к заметному увеличению так называемого уровня инвалидности в связи с БКМС, о котором говорилось выше, среди пенсионеров по возрасту. Так, если в 2002г. из 10 тыс. людей пенсионного возраста в среднем 9,1 чел. были признаны

ности мало изменился (3,3-3,7 на 10 тыс. взрослого населения). Во-вторых, большинству пациентов с дорсопатиями (60%) при первичном освидетельствовании устанавливалась инвалидность III группы, а доля инвалидов I группы не превышала 1,5%.

Далее, среди инвалидов вследствие дорсопатий до 2003г. явно преобладали лица молодого трудоспособного возраста (49,5-47,5%- жен. до 44 лет и муж. до 49 лет), и только 15% составляли пенсионеры по возрасту. К 2005г. последняя группа заметно увеличилась (почти в 2,5 раза по сравнению с 2001г.), и распределение инвалидов по трем возрастным группам (молодой, средний и пенсионный возрасты) стало почти равномерным (35,2%, 34,0% и 30,8% соответственно).

Таблица 2

Таблица 3

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ ИНВАЛИДОВ С ДОРСОПАТИЯМИ ПО ГРУППАМ ИНВАЛИДНОСТИ И ПО ВОЗРАСТУ

Группа Годы	Всего		I группа		II группа		III группа	
	Абс., чел		Уровень* Абс. . %		Абс. . %		Абс. . %	
2001	36518	-	604	1,65	14906	40,8	21008	57,55
2002	36538	3,3	610	1,7	14002	38,3	21926	60,0
2003	35925	3,2	529	1,5	13621	37,9	21775	60,6
2004	38192	3,3	563	1,5	14968	39,2	22661	59,3
2005	42281	3,7	645	1,5	15560	36,8	26076	61,7
Возраст Годы			Жен. до 44лет Муж. до49лет		Жен.45-54 года Муж. 50-59лет		Жен. 55 л. и> Муж. 60л. и >	
			Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2001	-	-	18441	50,4	12752	34,9	5322	14,7
2002	-	-	18071	49,5	12936	35,4	5531	15,1
2003	-	-	17082	47,5	13341	37,2	5502	15,3
2004	-	-	15517	40,6	13586	35,6	9089	23,8
2005	-	-	14862	35,2	14376	34,0	13043	30,8

*Уровень инвалидности- количество инвалидов с дорсопатиями на 10 тыс.взрослого населения

Обсуждение

Проведенный анализ подтвердил , что РЗ вносят существенный «вклад» в такой важный показатель состояния здоровья населения России, как его трудоспособность, стойкое нарушение или утрата которой отражается в величине и уровне инвалидности.

В соответствии с доступными нам расширенными данными за 2001г., каждый 10-ый взрослый житель РФ имел инвалидность, обусловленную либо БКМС, либо (значительно реже)- ХРБС. Примечательно, что доля больных с РЗ , получивших инвалидность ранее и прошедших переосвидетельствование в данном году, среди всех повторно освидетельствованных инвалидов страны достигала почти 12%. Кроме того, изучение распределения инвалидов на первичных и повторных внутри нозологических групп БКМС и ХРБС выявило 2,6-3,15 –кратное преобладание последних (повторных) над первыми. Эти факты свидетельствуют о преимущественно «хроническом», многолетнем (часто –пожизненном) характере инвалидности у больных РЗ, что отмечалось нами ранее [1] .

Не вызывает сомнения, что изучение всей когорты живущих в России инвалидов с РЗ еще ярче продемонстрировало бы общественное бремя этих заболеваний. Ведь «стаж» инвалидности у значительной части ревматологических больных превышает 5 лет. Поэтому они переводятся в разряд «бессрочных», не требующих переосвидетельствования и, следовательно, не включаются в ежегодные статистические сводки МСЭ и как бы «исчезают» из анализа.

Хронические РЗ вынуждают большинство боль-

ных жить постоянно ,в течение многих лет и даже десятилетий не только со своей болезнью, но и с вызванной ею инвалидностью, обычно лишь утешаемой по мере прогрессирования заболевания. Ежегодно к этим «хроникам» присоединяются впервые заболевшие индивиды с официально установленной им первичной инвалидностью .Таким образом происходит накопление числа инвалидов с РЗ в обществе, грозящее постепенной инвалидизацией взрослой популяции населения страны.

В структуре причин инвалидности взрослого населения России, обусловленной всеми РЗ, как указывалось выше, основное место занимают приобретенные нетравматические заболевания опорно-двигательного аппарата. Так, например, в 2005г. доля инвалидов с БКМС среди всех первичных инвалидов с РЗ составила 92%,а инвалидов вследствие ХРБС- соответственно лишь 8%.

Однако кажущееся малозначимым в масштабе страны число больных с ХРБС, ежегодно впервые получающих инвалидность, должно ,по нашему мнению, привлечь внимание ревматологов.

Прежде всего, хотелось бы заменить в данном контексте термин «хронические ревматические болезни сердца», используемый ,в частности, в сводках ФБМСЭ, на более конкретный нозологический и морфологический диагноз- ревматический порок сердца (РПС).

Ведь именно тот или иной РПС приводит вследствие хронических гемодинамических нарушений к развитию сердечной недостаточности, стойким аритмиям и к инвалидизации пациента, ранее перенесшего острую ревматическую лихорадку (ОРЛ),

протекавшую с воспалительным поражением клапанов сердца.

Общеизвестно, что без ОРЛ не может сформироваться РПС. Почему же на фоне постоянно снижающейся первичной заболеваемости ОРЛ [2], носящей в настоящее время в России характер спорадической, остается неизменной величина первичного выхода на инвалидность вследствие РПС (ХРБС)? Так, судя по сводкам ФБМСЭ, в течение 5-ти последних лет эта цифра колебалась в пределах 9,35-11,5 тыс. человек в год (табл.1). И это при том, что первичная заболеваемость ОРЛ снизилась только за эти годы почти на 23% и не превышает в абсолютных цифрах 3 тыс. новых случаев/год, учитывая все возрастные группы населения страны.

В этом же ключе хотелось обратить внимание на своеобразную тенденцию в изменении соотношений между возрастными группами пациентов, впервые «получившими» инвалидность в связи с ХРБС (аналог-РПС) в течение 2002-2005гг.(табл.2). Налицо признаки «старения» этой категории инвалидов, выражающиеся, в частности, в уменьшении за 4-е года доли инвалидов молодого возраста с 31,2% до 19,7%, среднего возраста с 32,8% до 27,4% и значительном увеличении группы инвалидов пенсионного возраста- с 36,0% до 46,5% к 2004г. и до 53% к 2005г.Заметим, что еще более заметное перераспределение инвалидов в направлении старших возрастных групп наблюдалось в последние годы и в когорте БКМС.

Таким образом, РПС (или заболевания и состояния, существующие под этой нозологической маской) возникают как бы вне связи с ОРЛ и, кроме того, все чаще становятся причиной инвалидности лиц в возрасте 55-60 лет и старше. Оба эти положения противоречат хорошо известным закономерностям развития ревматического процесса и срокам формирования РПС.

Хорошо известно, что ОРЛ остается болезнью преимущественно детского и подросткового возраста. Недаром среди диагностических критериев начала ОРЛ на первом месте находится 7-15-летний возраст пациента [3].

Типичные РПС формируются в процессе первой атаки или ближайших рецидивов ОРЛ также у лиц молодого возраста. Установлено, например, что формирование митрального стеноза происходит в ходе ревматической атаки в течение 6,2 месяцев [4], что совпадает со временем эволюции грануломы Ашоффа-Талалаева.

Трудно представить, что образовавшийся в возрасте 15-25 лет РПС становится причиной ограничения или потери трудоспособности человека через много десятилетий после своего формирования. При этом этот процесс стал почему-то особенно заметным за последние два года.

Примечательно, что именно эти годы ознаменовались проведением активной, но не всегда

продуманной, политики реформирования отечественного здравоохранения, одним из существенных шагов которой явилась система монетизации ряда социальных льгот, в том числе по дополнительному лекарственному обеспечению (ДЛО). При этом возможность получения ДЛО или его денежного «эквивалента» непосредственно связывается не столько с наличием у человека самой болезни, сколько с принадлежностью его к определенным льготным категориям населения, среди которых важнейшее место занимает официально установленная инвалидность. Основанием для указанных медико-социальных реформ явился Федеральный закон от 22.08.2004г. №122-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

По нашему мнению, именно с этим законодательным актом можно связать, во-первых, факт значительного увеличения за последние годы (особенно заметного в 2005г.) числа пациентов с РЗ, которым была впервые определена группа инвалидности. Это ярко видно на примере больных с БКМС, среди которых число инвалидов увеличилось за 2004г по сравнению с «дореформенным» 2003г. на 26%, а за 2005г. — почти на 68% (!) (табл.1). Кроме того, необходимость получения ДЛО привела массы отечественных пенсионеров и с заболеваниями сердца, расцененными как ХРБС (РПС), и с БКМС в бюро МСЭ для получения ими официального статуса инвалидов (табл.2).

Принцип выделения части населения для лекарственного обеспечения в ущерб другим категориям общества, по мнению Президиума Формулярного комитета РАМН (16.11.07, газета «Фармацевтический вестник» №11), «не имеет права на существование, ибо противоречит статье 41 Конституции РФ. Система лекарственного обеспечения, отработанная на модели ДЛО, должна быть распространена на все население страны *вне связи с инвалидностями и льготами*» (выделено нами).

Однако пока данный принцип существует. Это приводит, с одной стороны, к абсолютному росту, в ряде случаев- искусственному, количества инвалидов в стране. Ведь нередко врачи вынуждены направлять в МСЭ больных даже с начальными стадиями РЗ, например, с ранним ревматоидным артритом (РА), при вполне сохранной функциональной и профессиональной способности человека только с целью предоставления ему прав на льготное обеспечение, в первую очередь- лекарственное.

Понятно, что в такой ситуации имеющаяся у пациента группа инвалидности во многих случаях не отражает действительное снижение или утрату

