

ПЕРЕДОВАЯ

РЕВМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ И РЕВМАТОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА В ЮЖНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

*А.Б. Зборовский, Н.А. Фофанова, Е.Э. Мозговая
ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН,
г. Волгоград*

Ревматические болезни (РБ), являясь мультифакторными заболеваниями, представляют собой большую группу нозологических форм, различных по своему происхождению и объединенных, главным образом, по признаку локализации основного патологического процесса в соединительной ткани и по таким клиническим проявлениям, как суставной синдром.

Основная часть РБ относится к XIII классу Международной классификации болезней — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (БКМС), включающий более 100 нозологических форм. Распространенность БКМС неуклонно растет. Сравнение темпов роста распространенности БКМС и общей заболеваемости за последние 10 лет (с 1994 по 2004 гг.) по всем регистрируемым государственной статистикой классам болезней (21 класс) свидетельствует об опережающем росте XIII класса. В то время как общая заболеваемость за этот период увеличилась на 29%, заболеваемость БКМС возросла на 58%.

БКМС занимают одно из лидирующих мест в структуре временной нетрудоспособности (более 30% случаев), являются причиной инвалидизации 10% больных. При этом половина больных признана инвалидами I и II групп, из них 47% составляют лица трудоспособного возраста.

Проблема РБ является в настоящее время важной не только в РФ, но и во всем мире. По данным ВОЗ, свыше 4% населения земного шара страдают различными заболеваниями суставов и позвоночника. Патология костно-суставного аппарата ложится тяжелым медико-социальным бременем на современное общество, негативно влияя на экономику стран, здоровье и качество жизни отдельных индивидумов и их семей. Обеспокоенность мировой общественности ростом связанных с РБ

проблем выразилась в проведении под эгидой ВОЗ Всемирной Декады костей и суставов (2000-2010 гг.), направленной на улучшение качества жизни лиц с костно-суставной патологией, активизацию исследований по профилактике, лечению и диагностике этих состояний, улучшению образования медицинских работников и населения в этой области.

Нами были проанализированы показатели заболеваемости БКМС взрослого населения Южного Федерального округа (ЮФО) и субъектов ЮФО за период 2003-2004 гг. В работе использованы данные отчетов по заболеваемости населения России за 2003 и 2004 гг. (форма № 12), а также данные, полученные из субъектов ЮФО.

Общая заболеваемость населения по всем регистрируемым классам болезней в ЮФО возросла на 2,2%, по классу БКМС — на 3% (в 1,4 раза больше). В РФ по классу БКМС аналогичные показатели увеличились на 2,8% и 4,8%, соответственно, т.е. заболеваемость возросла в 1,7 раза. Эти данные свидетельствуют о том, что выявленные на территории ЮФО тенденции опережающего роста «ревматической» заболеваемости отражает общероссийские. В то же время в ряде субъектов ЮФО за 2003-2004 гг. отмечен прирост общей заболеваемости по классу БКМС, значительно превышающий средний по ЮФО (3%): в Кабардино-Балкарской Республике распространенность БКМС увеличилась на 12,2%, в Республике Ингушетия — на 9,6%, в Республике Адыгея — на 8,6%. В то же время снижение показателей в Республиках Дагестан, Калмыкия, Северная Осетия-Алания, вероятно, является следствием недостаточного обеспечения медицинской помощью населения, низкими диагностическими возможностями, и вряд ли может использоваться для объективной оценки эпидемиологической ситуации в этих регионах.

Нами были проанализированы данные заболеваемости взрослого населения ЮФО основными нозологическими формами РБ, представленными в статистических отчетных формах: острой ревмати-

ческой лихорадкой (ОРЛ), хроническими ревматическими болезнями сердца (ХРБС), ревматическими пороками клапанов сердца (РПС), реактивными артропатиями (РеА), системными поражениями соединительной ткани (СПСТ), ревматоидным артритом (РА), артрозами (ОА), анкилозирующим спондилитом (АС), остеопорозом (ОП).

Заболеваемость ОРЛ и ХРБС на территории ЮФО в целом имеет тенденцию к снижению. Число случаев впервые установленного диагноза ОРЛ сократилось с 372 в 2003 г. до 344 в 2004 г. (на 7,5%), что согласуется с данными по РФ, показывающими снижение первичной заболеваемости на 12,1% (2003 г. — 1892 случая, 2004 г. — 1664 случая) и служит подтверждением формальной утраты ОРЛ роли социально значимого заболевания.

Однако до последнего времени в Республиках Дагестан, Ингушетия, Калмыкия, Северная Осетия — Алания, Кабардино-Балкария, стабильно регистрируются значительно более высокие показатели заболеваемости ОРЛ, ХРБС и РПС.

Приводимые в статистических отчетах показатели заболеваемости ОРЛ, ХРБС и РПС требуют уточнения и критического осмысления. Во-первых, возможно, не все случаи диагностики ОРЛ соответствовали критериям Киселя-Джонса. Во-вторых, следует внимательно оценить все случаи диагностики РПС с обязательным использованием эхокардиографии, после чего, возможно, выяснится, что пороки сердца в ряде случаев, принимая во внимание рост заболеваемости первичным и вторичным эндокардитом, являются следствием дегенеративных, метаболических, постинфекционных изменений в крупных сосудах и сердечных клапанах. Своими рассуждениями о возможностях гипердиагностики и диагностических ошибок при ОРЛ и РПС мы не хотим подвергнуть сомнению компетентность наших коллег — терапевтов, ревматологов, а лишь призываем к тщательности диагностики указанных РБ. Тем более что прогнозируемая в начале XXI века активация А-стрептококка требует сохранять «противоревматическую» диагностическую настороженность и готовность применить адекватные меры профилактики и лечения в случае появления на территории РФ опасности вспышки ОРЛ.

Показатели общей заболеваемости взрослого населения ЮФО по РА, ОА, СПСТ, ОП оказались ниже, чем в среднем по РФ, по АС находились примерно на том же уровне, а по РеА превышали его.

Одним из наиболее «тяжелых» РБ является РА. Бюро Гос. МСЭ отмечает учащение случаев стойкой утраты трудоспособности у больных РА уже к 3 году от начала заболевания, при этом они становятся «бессрочными» инвалидами. Средняя продолжительность жизни при РА, распространенность которого в мире приближается к 1%, достоверно короче на 10-15 лет, чем в общей популяции, а 5-летняя

выживаемость у больных с тяжелыми внесуставными проявлениями РА не превышает 50%. В целом смертность при РА на 70% выше, чем в популяции. У пациентов, страдающих «тяжелым» РА, смертность такая же, как при ИБС, лимфопролиферативных опухолях, инсульте и сахарном диабете 2 типа. Следует отметить, что РА одновременно и «помолодел», и «постарел»: участились случаи диагностики данного заболевания в возрасте 18-22 лет, а также после 60 лет, причем после 60 лет он чаще «наслаивается» на первичный остеоартроз, которым больной страдал уже много лет.

РА представляет собой яркий пример заболеваний, при которых отдаленный прогноз во многом зависит от ранней диагностики и своевременности назначения адекватной комплексной базисной терапии. XXI век ознаменовался бурными инновациями в лечении РА. Внедрение группы биологических агентов (инфликсимаб, ритуксимаб и др.) позволяет надеяться, что в недалеком будущем излечение или, по крайней мере, достижение длительной ремиссии станет реальностью.

Несмотря на то, что по ЮФО в целом была зарегистрирована меньшая общая заболеваемость РА, чем в РФ, в Республиках Дагестан, Кабардино-Балкария, Ингушетия, а также в Волгоградской области распространенность РА превысила средний показатель по ЮФО (205,6 на 100 тыс. населения).

ОА является самым частым заболеванием опорно-двигательного аппарата. В ЮФО общая заболеваемость ОА примерно в 7,7 раза превышает заболеваемость РА. Значительно меньшая (на 23%) распространенность ОА в ЮФО по сравнению с РФ, по-видимому, может быть объяснена разной демографической ситуацией. В ЮФО, в отличие от РФ в целом, более низкая численность населения старшего трудоспособного возраста, среди которых эта патология встречается наиболее часто, сочетается с самой высокой в стране заболеваемостью населения, не достигшего трудоспособного возраста.

При анализе показателей заболеваемости ОА в отдельных субъектах ЮФО обращают на себя внимание большая распространенность данной патологии в Волгоградской и Ростовской областях, что может быть объяснено накоплением неблагоприятных медико-демографических факторов на этих территориях, популяризацией проблемы среди населения, а также определенной лечебно-диагностической направленностью со стороны врачей.

Что касается ОП, то установленный в ЮФО в 1,7 раза меньший, чем в РФ, показатель общей заболеваемости (25,9 и 50,9 на 100 тыс. взрослого населения соответственно), вряд ли отражает реальную ситуацию. Более вероятно предположение о затруднениях на этапе диагностики ОП в связи с недостаточным обеспечением на местах остеоденситометрами.

СПСТ распространены по субъектам ЮФО рав-

номерно, за исключением Республики Адыгея, где в 2004 г. была выявлена наименьшая общая заболеваемость — 11,8 на 100 тыс. населения, и Кабардино-Балкарской Республики, где распространенность заболеваний этой подгруппы была наиболее высокой — 40,1 на 100 тыс. населения.

Практически сходные показатели общей заболеваемости АС выявлены в 2004 г. в ЮФО и РФ. Анализ динамики показателей за период 2001 — 2004 гг. свидетельствует как о несомненной тенденции к росту распространенности АС в целом ряде субъектов ЮФО, особенно в Республиках Ингушетия (в 4 раза), Кабардино-Балкария (на 42,9%), Северная Осетия — Алания (на 26%), а также в Волгоградской области (на 25,1%), Калмыкии (на 21,7%), Карачаево — Черкессии (на 16,7%), так и об улучшении ранней диагностики данного заболевания.

Обращает на себя внимание, что ЮФО характеризуется самой высокой среди всех федеральных округов заболеваемостью РеА. Распространенность РеА в ЮФО в 2004 г. достигла 60,2 на 100 тыс. взрослого населения, что в 1,5 раза превышает аналогичный показатель по РФ. С одной стороны, это может быть связано с низким материальным и бытовым уровнями жизни в некоторых субъектах округа, что приводит к «росту» постэнтероколитических, носоглоточных и урогенитальных реактивных артритов, с другой стороны, — с погрешностями при диагностике и регистрации заболеваний.

Таким образом, в результате анализа показателей заболеваемости по БКМС и отдельным РБ у взрослого населения ЮФО наряду с общероссийскими тенденциями выявлены некоторые отличия статистических показателей как в целом по Округу, так и по отдельным его субъектам от аналогичных данных по РФ, что, однако, не всегда может быть объяснено воздействием объективных факторов и требует критического осмысления.

В то же время следует отметить, что, так же как и в других регионах РФ, в ЮФО существует целый ряд проблем, обусловленных отсутствием необходимых структур ревматологической службы в некоторых субъектах ЮФО, сокращением ревматологического коечного фонда и медицинских штатов, сложностями в обеспечении ревматологических больных льготными и бесплатными лекарственными

препаратами, что резко снижает уровень доступности квалифицированной помощи больным РБ. В ряду первоочередных задач, требующих скорейшего решения, стоят также восстановление системы диспансеризации ревматологических больных, организация в регионе восстановительного лечения для больных, нуждающихся в хирургической коррекции РПС и тяжелых поражений опорно-двигательного аппарата.

Учитывая сохраняющуюся высокую медико-социальную значимость РБ не только на территории ЮФО, но и РФ в целом, в целях обеспечения населения квалифицированной ревматологической помощью в соответствии с основными положениями Приказа МЗ РФ № 202-99 от 19.05.1999 г. «О совершенствовании медицинской помощи больным ревматическими заболеваниями», регламентирующими нормативы структуры территориальной ревматологической службы, особую значимость приобретает интеграция структур ревматологической службы различных уровней.

Функции Федерального ревматологического центра, координирующего и направляющего работу ревматологов России, осуществляет ГУ Институт ревматологии РАМН (г. Москва).

На территории ЮФО функционирует ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН (г. Волгоград), который готов оказывать необходимую организационно-методическую помощь субъектам ЮФО в целях совершенствования организации ревматологической службы на местах.

На базе ФУВа ВолГМУ и ГУ НИИ КиЭР РАМН проводятся бесплатные месячные курсы по клинической ревматологии и терапии с вручением сертификатов врачам ревматологам, терапевтам, а также 4-х месячная первичная специализация на платной основе.

ГУ НИИ КиЭР РАМН проводит научно-практические конференции, в том числе — выездные, оказывает консультативную и (по показаниям) стационарную помощь, привлекает практических врачей к участию в научных исследованиях по актуальным проблемам ревматологии в форме заочной аспирантуры, клинической ординатуры и в виде соискательства.

Поступила 16.03.07