

ПЕРЕДОВАЯ

УДК: 616.72.002.77-058

СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕВМАТИЧЕСКОГО КРУГА В РОССИИ

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

Резюме.

Анализируются количественные (первичная и общая заболеваемость) и качественные (трудовые потери, инвалидизация, стоимость болезни, качество жизни больных) параметры, характеризующие болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (БКМС) в России в течение последнего десятилетия. Показано, что эти заболевания представляют серьезную социальную проблему, снижая экономический, трудовой, оборонный и психологический потенциал России.

Ключевые слова: болезни костно-мышечной системы (БКМС), заболеваемость, трудовые потери, стоимость, качество жизни.

Костно-суставно-мышечные, или ревматические - в широком понимании этого термина, заболевания (РЗ), представлены, как известно, в МКБ-Х обширным XIII классом - болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (БКМС).

В нем под шифрами М 00-М 99 объединены более 100 нозологических сущностей и ревматических синдромов. При определении значимости той или иной болезни или группы болезней, или целого класса заболеваний с позиций общества, или социума, принимаются во внимание их количественные и качественные параметры.

Первые - количественные - определяют размер (масштаб) данной патологии в обществе и измеряются общим количеством жителей страны (края, области, города, села и т.д.), имеющих соответствующие заболевания и зарегистрированных по обращаемости в государственных поликлиниках. Их выражением является показатель общей заболеваемости, или распространенности, или болезненности (данные термины, по сути, являются синонимами).

Количество больных с впервые в жизни установленным или выявленным в данном году диагнозом определяет величину первичной заболеваемости.

Качественные параметры той или иной патологии характеризуют степень ее тяжести для данного социума. Социальная тяжесть группы или класса заболеваний складывается из величин вызываемых ими трудовых потерь, инвалидизации и смертности населения.

Существенную роль среди качественных характеристик играет общественная цена, или стоимость, патологии в денежном выражении.

Учитывая, что всякое общество формируется как совокупность индивидов, в оценку тяжести патологии должны включаться характер и степень ее влияния на конкретного человека, его физический, психический и социальный статус, входящий в понятие качества жизни.

Итак, каков размер и тяжесть проблемы костно-суставно-мышечной патологии в современном обществе? Что заставляет ученых, врачей, многочисленных пациентов из многих стран мира говорить об ее угрожающих медико-социальных масштабах и последствиях и призывать к объединению усилий всех заинтересованных сторон для борьбы с этими заболеваниями и для организации действенной помощи страдающим людям, что является основной задачей проводимой под эгидой ООН и ВОЗ Международной Декады костей и суставов, 2000-2010 [2].

Рассмотрим проблему на примере российского общества. Изучение динамики количественных показателей здоровья населения, обусловленных болезнями XIII класса, свидетельствует о неуклонном увеличении социального размера (масштаба) данной патологии. Так, общее число зарегистрированных больных с костно-суставно-мышечными заболеваниями возросло за период с 1990 по 2000 гг почти наполовину: с 8,6 млн до 12,7 млн человек, соответствующим образом на 50% увеличился относительный показатель заболеваемости (распространенности) БКМС: с 5820 до 8600 в расчете на 100 000 населения Российской Федерации.

Сравнение темпов роста распространенности БКМС с величиной общей заболеваемости населения России по 21 регистрируемому государственной статистикой классу болезней свидетельствует об опережающем росте первой по отношению к вышеуказанной общей. Так, например, за последние 5 лет общая заболеваемость увеличилась на 12,4 %, а заболеваемость по классу БКМС - на 23,9%, т.е. почти вдвое опередив другие 20 вместе взятых классов болезней.

Причину данного феномена можно было бы связывать с процессами старения населения, ведущими к увеличению в популяции патологии опорно-двигательной системы. Общеизвестно, что наиболее распространенные дегенеративно-дистрофические поражения костей и суставов (артрозы, спондилезы, остеохондрозы, остеопороз и др.), как и ряд воспалительных ревматических заболеваний (например, ревматоидный артрит), развиваются преимущественно у лиц зрелого, пожилого и даже старческого возраста. Поэтому отмечаемый в мире, особенно в развитых странах Европы и Америки, тренд к постарению населения и накоплению в популяции людей старших воз-

* Доложено на III Съезде ревматологов России, Рязань, 2001г.

растных групп рассматривается как важная первопричина вышеуказанных изменений в структуре заболеваемости населения [5].

Россия также переживает период негативных демографических изменений. При снижении общей численности населения за последние 10 лет на 1,7 млн. человек отмечено уменьшение доли лиц моложе трудоспособного и трудоспособного возрастов и увеличение пропорции людей старше трудоспособного возраста. Согласно данным Госкомстата РФ за 1999г, число детей и подростков до 16 лет сравнялось с группой лиц пенсионного возраста: соответственно 30,3 и 30,4 млн человек. Группа же лиц трудоспособного возраста снизилась до 85,5 млн чел, что составило 58,4 % от всего населения страны [3].

Однако анализ динамики показателей заболеваемости БКМС среди жителей РФ в трех возрастных группах: дети от 0 до 14 лет включительно, подростки 15-17 лет и взрослые 18 лет и старше, - показал, что рост распространенности РЗ в стране нельзя связать только с постарением населения.

Так, за период с 1993 по 2000гг, когда заболеваемость стала регистрироваться раздельно по трем вышеуказанным возрастным группам, происходило ее увеличение не только, вернее, не столько среди взрослого населения, сколько у детей и особенно подростков: у первых распространенность БКМС возросла в 1,2 раза, у вторых (детей) - в 2 раза, у подростков - в 2,6 раза.

В результате, например, в 2000 г в поликлиники России по поводу одного из нетравматических заболеваний опорно-двигательной системы обращался каждый 20 ребенок и каждый 10 подросток и взрослый человек.

Подобную тенденцию имели показатели первичной заболеваемости БКМС: в 2000 г первичный ревматологический диагноз у детей ставился в 2 раза чаще, чем в 1993г, у подростков - в 2,25 раз чаще, а у взрослых жителей России он оставался эти годы почти на одном уровне.

Причина выявленных тенденций требует специального изучения. Однако сам факт кратного увеличения за сравнительно короткий срок распространенности болезней XIII класса среди подрастающих поколений российской популяции представляется чрезвычайно тревожным, т.к. данный процесс может привести в недалеком будущем к существенному снижению трудового и оборонного потенциала государства.

Таким образом, для проблемы костно-суставно-мышечных заболеваний в российской популяции характерен значительный масштаб (размер).

Как отмечено выше, среди показателей социальной тяжести какой-либо патологии важное место принадлежит смертности. Рассматриваемый нами XIII класс не относится к категории жизнеугрожающих заболеваний. Это суждение с позиции ревматологов нельзя признать безусловным.

Общеизвестно, например, что заболевания, относящиеся к группе системных поражений соединительной ткани, до настоящего времени нередко являются непосредственной причиной смерти молодых пациентов.

Такое распространенное хроническое заболевание как ревматоидный артрит (РА) приводит к достоверному сокращению продолжительности жизни больных по сравнению с популяционным уровнем.

Как указывали Th.Pincus и L.F.Callahan, средняя продолжительность жизни больных РА на 10-15 лет короче ожидаемых возрастно-половых уровней, а 5-летняя выживаемость пациентов с тяжелым течением болезни не

превышает 50%, что сравнимо с исходами при лимфограуломотозе и распространенных поражениях коронарных артерий [6].

В России при существующей системе статистического учета РЗ не фигурируют в качестве официально регистрируемых причин смерти. Поэтому без специально организованных исследований или без изменения самого принципа определения и регистрации причин смерти доказать влияние этой распространенной патологии на показатели смертности населения России не представляется возможным. Это - актуальная задача будущего.

Остановимся на других характеристиках тяжести проблемы БКМС для индивида и общества, во многом определяемых их хроническим, неуклонно прогрессирующим течением.

Для количественного выражения этих качеств предложены различные методы и подходы. Например, в 1991 г Субкомитет по изучению функционального статуса и тяжести РА Американской Коллегии Ревматологов (АКР) опубликовал пересмотренные критерии оценки общего функционального статуса (ОФС, global functional status), широко используемые в мировой практике [4].

В них выделяются 4 функциональных класса, соответствующие с 4 степенями функциональной недостаточности суставов, принятыми отечественными ревматологами. Но между ними имеются и существенные различия. При установлении функционального класса в соответствии с критериями АКР оцениваются три основные стороны жизнедеятельности человека: самообслуживание, профессиональная и непрофессиональная деятельности.

В дефиницию самообслуживания включены такие повседневные действия как одевание, принятие пищи, мытье (принятие ванны), пользование туалетом, уход за собой и т.п. Профессиональная деятельность предусматривает не только способность работать и учиться, но и содержать дом, вести домашнее хозяйство (homemaking).

Под непрофессиональной деятельностью понимаются отдых, досуг, развлечения, культурные мероприятия, занятия спортом и т.п. - в соответствии с потребностями индивида и его возрастно-половыми интересами.

I класс ОФС соответствует способности человека без ограничений выполнять все три вышеуказанные функции. При ОФС II класса полностью сохранена способность к самообслуживанию и выполнению профессиональных функций, но ограничена непрофессиональная деятельность. III класс ОФС устанавливается при сохранении только самообслуживания, но при ограниченных возможностях не только для непрофессиональной, но и профессиональной деятельности. И, наконец, больные с ограниченными возможностями во всех трех сферах жизнедеятельности относятся к IV классу ОФС.

В нашем государстве, как известно, основное внимание обращается на профессиональную деятельность человека, его трудо - или работоспособность. Временное снижение или временная потеря способности выполнять свои профессиональные обязанности выражается числом случаев и дней нетрудоспособности, вызванной данной причиной (в нашем случае - БКМС), на 100 работающих за год. Величина временных трудопотерь в связи с болезнями XIII класса постоянно находится на весьма высоком уровне. Так, в течение последних 10 лет она колебалась в пределах 5,7-8,3 случаев и 83,7-114,9 дней нетрудоспособности на 100 работающих граждан РФ.

Среди всех регистрируемых в качестве причин нетрудоспособности классов заболеваний класс БКМС за-

нимает второе место по случаям и третье - по дням нетрудоспособности. Для примера приводим данные за 1999г, демонстрирующие, что впереди XIII класса по случаям нетрудоспособности находится лишь класс болезней органов дыхания, включающий также многочисленные острые респираторные заболевания (табл.1).

Таблица 1
Временная нетрудоспособность в России (на 100 работающих)
по основным классам болезней (1999 г)

Класс	Случаи	Дни
Болезни органов дыхания (включая ОРЗ)	24,4	223,9
Травмы и отравления	6,1	128,6
БКМС	6,7	105,2
Болезни системы кровообращения	4,1	74,6
Болезни мочеполовой системы	2,8	40,6
Болезни нервной системы	1,9	26,0
Новообразования	0,9	23,6
Болезни эндокринной системы	0,3	6,1

По величине дней нетрудоспособности на 100 работающих БКМС занимают третью позицию, пропустив вперед еще класс травм и отравлений, а по случаям находится на втором месте.

Временная нетрудоспособность - это произведенный продукт, невыполненное задание, затраты на оплату больничного листа, другие социальные и экономические потери.

Стойкое нарушение или потеря человеком своих профессиональных функций, а в продвинутых случаях - и способности к самообслуживанию, ассоциируется в нашей стране с понятием инвалидности.

В зарубежной практике под инвалидностью понимается, главным образом, физический дефект или повреждение (impairment) на органном уровне.

Более широкое значение имеет термин disability (неспособность), используемый для обозначения ограничения или потери способности данным индивидуумом активно осуществлять присущие человеку функции (личностный уровень). Неспособность - прямое или косвенное следствие дефекта или повреждения.

И, наконец, социальным последствием повреждения и/или способности является handicap (препятствие, помеха, невыгодное положение), определяемое как ущерб, наносимый данному индивидууму, который ограничивает или препятствует осуществлению (выполнению) нормальной для него роли в обществе, с учетом личностных, возрастных, половых, социальных и культурных факторов [7].

Инвалидность в нашем понимании объединяет в какой-то мере определения impairment и handicap, хотя основным ее критерием является способность человека работать, в меньшей степени - обслуживать себя, при фактически полном игнорировании его непрофессиональной стороны жизни.

Как следует из таблицы 2, число инвалидов в связи с костно-суставно-мышечными заболеваниями XIII класса в России постоянно увеличивается, возрастает их доля в общем количестве инвалидов от всех регистрируемых причин, ежегодно проходящих первичное освидетельствование и переосвидетельствование в бюро Государственной медико-социальной экспертизы (МСЭ). Так, только за пос-

ледние 4 года она увеличилась с 7,4% до 10,6%.

Еще одно социально негативное свойство БКМС - длительный, "хронический" характер вызываемой ими инвалидности. Ревматологический больной, раз утратив трудоспособность, имеет весьма малый шанс к ее восстановлению. Из той же таблицы видно, что количество инвалидов, проходящих ежегодное переосвидетельствование в бюро МСЭ, в 2,3-2,7 раз превышает число больных, впервые признанных инвалидами. Причем сводки ГосМСЭ не учитывают огромной армии "бессрочных" инвалидов I и II групп, куда они переходят после 5 лет пребывания в данных группах.

Таблица 3 демонстрирует, что 3/4 больных БКМС, впервые освидетельствованных в бюро МСЭ, теряют трудоспособность в допензионном возрасте, причем половина из признанных инвалидами пациентов находится в наиболее активном периоде человеческой жизни - женщины до 44 и мужчины до 49 лет. Кроме того, более чем у 50% из них уже при первом освидетельствовании устанавливается инвалидность II и даже I групп.

Таким образом, нарастающая по объему ранняя и длительная инвалидизация больших контингентов больных с костно-суставно-мышечными заболеваниями ложится еще одним тяжелым бременем на российское общество.

Таблица 2
Общее количество инвалидов с БКМС в России

Годы	Абсолютное кол-во инвалидов	На 10 000 населения	Отношение первичные/повторные	% от общего кол-ва инвалидов от всех причин
1997	210064	19,05	1 : 2,3	7,4
1998	234368	21,3	1 : 2,3	7,9
1999	251128	22,8	1 : 2,7	8,3
2000	267886	24,4	1 : 2,7	10,6

Далее. Ревматические болезни относятся во всем мире к наиболее дорогостоящим.

Их стоимость, или "цена", складывается, как известно, из прямых, косвенных и дополнительных затрат [1].

Таблица 3
Распределение первичных инвалидов с БКМС по возрасту и группам инвалидности (1999 г)

Группы	Кол-во инвалидов		Группы инвалидности (%)*	
	abs	%	I	II
жен 44 лет и <	31935	47,2	1	36,6
муж 49 лет и <				
жен 45 - 54 лет	18656	27,6	1,1	40,6
муж 50 - 59 лет				
жен 55 лет и >	17124	25,2	14,5	69,0
муж 60 лет и >				
Всего	67715	100,0	14,4	45,9

* - % от инвалидов трех групп (I, II, III)

Прямые медицинские затраты состоят из расходов на диагностику и мониторинг болезни (дорогостоящие иммунологические, рентгенологические и другие аппаратные, клинично-биохимические, нередко - генетические и иные

методы исследования); на госпитализацию и/или систематическое амбулаторное лечение/ведение пациента; на медикаменты для лечения не только самого хронического заболевания, которые больные вынуждены принимать длительно, нередко – пожизненно, но и возникших осложнений; на немедикаментозное лечение (ревмоортопедическое, физиотерапевтическое, санаторно-курортное, альтернативное и др.). К прямым затратам относятся также медицинские, например, “карманные” расходы пациента на оплату сервисных медицинских и социальных услуг, затраты на перемещение с трудом передвигающегося пациента к месту госпитализации/консультации и т.д.

Косвенные (непрямые) затраты (расходы) обусловлены потерей трудоспособности пациентом из-за болезни, лечения, преждевременной смерти и/или производственными потерями членов его семьи или близких лиц, навещающих и ухаживающих за больным. Во всех случаях не прямые затраты измеряются величиной недопроизведенного, недоданного за потерянные часы, дни и годы общественного продукта. Непрямые затраты обычно превышают прямые в 3-4 и более раз.

Наконец, дополнительные, или нематериальные, или “неосознаваемые”, “трудно учитываемые” затраты – это те издержки, которые несет ревматологический больной как личность. Их составляют такие психо – эмоциональные и сенситивные факторы как постоянно испытываемая пациентом боль, нарастающее ограничение свободного передвижения, ощущение неполноценности как человека и гражданина, страх инвалидности, потери возможности самообеспечения и самообслуживания, чувство беспомощности и зависимости от других людей и от отношения общества, душевные переживания из-за распада привычных семейных, дружеских и производственных отношений и др. В результате меняется к худшему настроение и характер больного человека, преобладающими становятся подавленность, депрессия, мнительность, раздражительность, у части ревматологических пациентов – агрессив-

ность. Качество их жизни существенно снижается.

Нематериальные затраты не зря называются “трудно учитываемыми” – их, действительно, непросто выразить в денежном эквиваленте. Для решения этой проблемы и количественного измерения степени снижения качества жизни больного (с последующим переводом этого показателя в материальную величину) используются различные стандартные вопросники, все чаще применяемые и в отечественной ревматологии.

В идеале можно ожидать, что в недалеком будущем будет определена в стоимостном выражении “цена” основных ревматических заболеваний, а затем – и всего XIII класса болезней в рублях, и она, несомненно, окажется устрашающе высокой.

Итак, хронические заболевания ревматического круга обладают целым рядом характеристик, определяющих их выраженное негативное воздействие на общество и необходимость проведения комплексных научных и практических разработок с целью его снижения.

Суммируя вышеприведенные положения, отметим основное: БКМС отличает широкая и все возрастающая распространенность и поражаемость всех возрастных групп населения; им в большой степени свойственна склонность к хронизации и неуклонному прогрессированию, существенно снижающим общий функциональный статус и качество жизни больного человека; ревматические болезни весьма дорого обходятся не только пациентам и их семьям, но и в целом государству; они оказывают значительное отрицательное влияние на психо – эмоциональную сферу больного и приводят к накоплению в обществе недееспособных лиц с негативным психологическим настроем.

Таким образом, можно с сожалением констатировать, что БКМС представляют для России весьма серьезную социальную проблему, ибо значительно уменьшают ее экономический, трудовой, оборонный и психологический потенциал.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Авксентьева М.В., Воробьев П.А., Герасимов В.Б. с соавт. Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии (фармакоэкономический анализ). М., “Ньюдиамед”, 2000, 14-18.
2. Вялков А.И., Гусев Е.И., Зборовский А.Б., Насонова В.А. Основные задачи международной Декады (The Bone and Joint Decade 2000-2010) в совершенствовании борьбы с наиболее распространенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата в России. Научн. - практ. ревматол., 2001, 2, 4-8.
3. Министерство здравоохранения РФ. Здравоохранение населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1999 году (статистические материалы). М., 2000.
4. Hochberg M.C., Chang R.W., D'Amico I. et al. The American College of Rheumatology 1991 revised criteria for the classification of global functional status in rheumatoid arthritis. Arthr. Rheum., 1992, 35, 5, 498-502.
5. Lawrence R.C., Helmick Ch.G., Arnett F.C. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculo -skeletal disorders in the United States. Arthr. Rheum., 1998, 41, 5, 778-799.
6. Pincus Th., Callahan L.F. Early mortality in RA: predicted by poor clinical status. Bul. Rheum. Dis., 1992, 41, 4, 1-7.
7. Wood PHN Appreciating the consequence of disease: the international classification of impairments, disabilities, and handicaps. WHO Chronic, 1980, 34, 376-380.

Abstract.

Quantitative (primary and general morbidity) and qualitative (labor losses, invalidization, price of the disease, living standard of pts) parameters characteristic for muscle-skeletal and connective tissue diseases (MSD) in Russia for the last decade are analyzed. It is demonstrated that these diseases present serious social problem, reducing economic, labor, defense and psychological potential of Russia.

Key words: muscle-skeletal diseases (MSD), morbidity, labor losses, price, living standard.