

## Распространенность ревматических заболеваний в популяциях взрослого населения России и США

*О. М. Фоломеева, Е. А. Галушко, Ш. Ф. Эрдес  
ГУ Институт ревматологии РАМН, Москва*

Одним из основных факторов, определяющих социальное бремя болезней, особенно хронических, является их распространенность в популяции. Накопление хронических больных в обществе снижает его трудовой, экономический и психологический потенциал, существенно повышает общественные и индивидуальные расходы на здравоохранение, подчас делая их непосильными и для государства, и для самого больного и его семьи. В то же время знание «масштаба проблемы», то есть владение достоверными сведениями об абсолютном количестве больных с той или иной патологией и их доли (пропорции) по отношению ко всему населению, позволяет более рационально распределять имеющиеся средства, планировать объем и структуру необходимой помощи, выделяя приоритетные для здравоохранения направления деятельности.

Общепризнанным является тот факт, что ревматические заболевания (РЗ) находятся по уровню своего негативного влияния на современное общество на одном из первых мест [1]. Такое положение определяется их постоянно увеличивающейся распространенностью, поражаемостью всех возрастных групп населения, склонностью к хронизации и неуклонному прогрессированию, ведущим к снижению дееспособности, ранней инвалидизации пациентов и накоплению их в популяции [2, 3].

Достоверным источником сведений о распространенности хронического заболевания являются данные правильно спланированных и организованных популяционных эпидемиологических исследований, охватывающих репрезентативные группы населения. Этот путь ценен тем, что позволяет выявить [при применении метода сплошного одномоментного осмотра (обследования) населения] и зарегистрировать всех пациентов с данной патологией, а не только обратившихся за медицинской помощью в лечебные учреждения, то есть полу-

чить сведения об истинной распространенности заболевания в популяции. Однако данный метод является весьма трудоемким, затратным и позволяющим охватить ограниченный круг заболеваний.

Единственное масштабное национальное эпидемиологическое исследование распространенности пяти основных РЗ среди населения бывшего СССР, включая острую ревматическую лихорадку и ревматические пороки сердца, было проведено, как известно, под руководством Института ревматологии АМН СССР еще в конце 70-х гг. прошлого века [4]. Оно охватило до 42 тыс. человек в возрасте 15 лет и старше из 6-и различных климато-географических регионов СССР и позволило установить, что распространенность ревматоидного артрита (РА) среди них составляла в те годы 420, 0 (из них определенного РА- 240, 0), анкилозирующего спондилоартрита (АС)- 50, 0, остеоартроза (ОА)- 6430, 0 и подагры-100, 0 на 100 тыс. населения соответствующего возраста.

Значительно более доступным и «дешевым» способом сбора сведений о распространенности заболеваний, включая ревматические, является анкетирование населения, когда специально разработанные опросные листы посылаются потенциальным респондентам по почте или вручаются лично. Недавно под руководством Института ревматологии РАМН в рамках программы «Социально-экономические последствия РЗ», в которой приняли участие 13 региональных центров, было проанкетировано более 67 тыс. взрослых ( $\geq 18$  лет) жителей Российской Федерации [5]. На первом, скринирующем, этапе исследования респондентам было предложено ответить на вопросы о наличии у них боли в суставах (в основном коленных и тазобедренных) и/или припухлости суставов (условный аналог артрита) в анамнезе или в настоящее время и стойкости этих симптомов. В результате была установлена весьма высокая распространенность артралгий (до 44 %) и артритов (25%) в российской популяции. При этом у 18% опрошенных артриты можно было расценить как стойкие, потому что припухлость в суставах появилась и сохранялась в течение последнего года и дольше. Исходя из этих цифр, можно подсчитать, что в России более

48 млн взрослых людей испытывают боль в суставах, 27, 5 млн человек когда-либо отмечали у себя припухлость суставов (вероятнее всего, вследствие артрита), а 19, 8 млн имеют признаки вероятного хронического артрита.

В новейших публикациях за 2008г. десять ведущих экспертов из США, объединенных в Национальную Рабочую Группу для определения распространенности РЗ (The National Arthritis Data Workgroup-NADW), также представили результаты анкетирования взрослого населения США, проведенного с целью определения общей распространенности артритов [6]. Последняя оказалась равной 21%, что соответствует 46, 4 млн взрослого населения этой страны.

Для установления примерной распространенности основных нозологических форм РЗ в популяции члены NADW использовали данные соответствующих национальных или международных эпидемиологических исследований, выполненных, как правило, на отдельных, нередко- весьма малочисленных, группах населения, и экстраполированных (с соответствующими поправками и допусками) на всех жителей США, зарегистрированных национальным Бюро Переписи населения (Census Bureau) на 01. 07. 2005г. [6, 7].

В традициях отечественного здравоохранения сохраняется устойчивая позиция – судить о медико-социальной значимости заболевания/ заболеваний прежде всего по *официальным цифрам их распространенности*, представляемым в ежегодных статистических отчетах Минздравсоцразвития «Заболеваемость населения России» [8]. В этих сводках приводятся сведения об абсолютном количестве больных двух возрастных групп- детей и взрослых ( $\geq 18$  лет), зарегистрированных в государственных ЛПУ, и относительные показатели (на 100 тыс. жителей соответствующего возраста) по всем 14-ти статистическим классам болезней, а также по отдельным нозологиям, выделенным в отчетных формах (в соответствии с рубрикацией МКБ-10).

Нам представилось интересным и актуальным а)-представить последние официальные данные Минздравсоцразвития России, касающиеся распространенности класса болезней костно-мышечной системы (БКМС) и пяти РЗ (РА, реактивные артриты-РеА, системные поражения соединительной ткани –СПСТ, АС и ОА), выделяемых в отчетных формах МЗ и СР (данные по остеопорозу в настоящей работе не рассматриваются), среди взрослого населения страны; б)-сопоставить их с результатами российского многоцентрового эпидемиологического исследования [5, 9] и 3)- сравнить полученные данные со ставшими доступными новейшими сведениями [6, 7] о распространенности РЗ в США.

### Материал и методы

Использованы данные ежегодных статистических материалов МЗ и СР «Заболеваемость насе-

ления России» за 2000-2006 гг. (со времени введения государственной отчетности в соответствии с рубриками МКБ-10) [8]. Распространенность класса БКМС в целом и выделяемых из него РЗ по годам представлена в абсолютных величинах (общее число зарегистрированных больных 18 лет и старше) и относительных показателях (число больных на 100 тыс. взрослого населения России).

Данные о распространенности артралгий, артритов и отдельных РЗ в российской популяции среди лиц 18 лет и старше почерпнуты из материалов многоцентрового эпидемиологического исследования «Социально-экономические последствия РЗ» [5, 9].

Изучены (и, при необходимости, дополнены нами требуемым для анализа расчетом относительных показателей –на 100 тыс. взрослого населения) материалы, касающиеся определения распространенности артритов в целом и отдельных РЗ в США [6, 7].

Необходимо отметить, что дизайн исследования распространенности артритов среди взрослого населения США предусматривал применение опросника, в котором потенциальным респондентам задавался следующий вопрос: «Говорил ли Вам когда-либо врач или другой медицинский работник о том, что у Вас имеется какая-либо форма артрита, ревматоидный артрит, подагра, системная красная волчанка или фибромиалгия?». Ответ «да» соответствовал наличию «диагностированного врачом артрита» у данного индивидуума. В этих случаях респонденту предлагался следующий вопрос: «Ограничены ли Вы в какой-либо степени в своей обычной деятельности имеющимся у Вас артритом или другими суставными симптомами?». Положительный ответ свидетельствовал о наличии ограничения деятельности (активности) пациента, обусловленной артритом.

Следует подчеркнуть, что западным ревматологам свойственно расширенное толкование термина «артрит». Об этом свидетельствует и вышеприведенный первый вопрос, задаваемый американским респондентам. Кроме того, общеизвестно, что в англоязычной литературе для обозначения артроза (остеоартроза) используется термин «*остеоартрит*», и в группу «артритов» обычно включаются многочисленные больные не только с воспалительными, но и дегенеративно-метаболическими поражениями суставов, прежде всего – атрозами. «ОА- наиболее распространенный тип артритов»- указывают американские эксперты [7].

### Результаты

В первой таблице приводятся данные официальной статистики Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, отражающие 7-летнюю динамику количества зарегистрированных по стране взрослых больных «ревматологического профиля».

Таблица 1

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БКМС И 5-ТИ ОСНОВНЫХ РЗ В ПОПУЛЯЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ (СТАТИСТИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ)**

Нозология	2000г	2001г	2002г	2003г	2004г	2005г	2006г
<b>БКМС</b>	10 612*	11 117	11 670	11 916	12 501	12 984	14 238
	9 545**	9 960	10 425	10 625	11 030	11 399	12 401
<b>РА</b>	264, 5*	265, 5	261, 0	260, 0	267, 0	273, 8	286, 6
	237, 9**	237, 9	233, 2	232, 0	235, 6	240, 4	249, 6
<b>РеА</b>	49, 7*	46, 5	45, 6	46, 6	46, 7	45, 1	44, 4
	44, 7**	41, 6	40, 7	41, 6	41, 2	39, 6	38, 6
<b>СПСТ</b>	41, 2*	42, 9	39, 4	40, 0	44, 2	44, 3	45, 3
	37, 0**	38, 4	35, 2	35, 7	39, 0	38, 9	39, 5
<b>АС</b>	34, 8*	32, 9	30, 9	31, 9	31, 3	33, 2	33, 4
	31, 3**	29, 4	27, 6	28, 4	27, 6	29, 1	30, 0
<b>ОА</b>	1 587, 4*	1 759, 8	1 929, 9	2 070, 1	2 313, 8	2 657, 2	2 975, 8
	1 427, 8**	1 576, 7	1 724, 1	1 841, 6	2 041, 6	2 333, 8	2 591, 8

Примечания: БКМС-болезни костно-мышечной системы, РА-ревматоидный артрит, РеА-реактивные артриты, СПСТ-системные поражения соединительной ткани, АС-анкилози-рующийся спондилоартрит, ОА-остеоартроз;

\*-зарегистрировано всего больных в возрасте  $\geq 18$  лет, тыс., \*\* - приходится больных на 100 тыс. взрослого населения

Из представленных данных следует, что абсолютное количество больных, относящихся к XIII классу болезней (по МКБ-10), и их доля на 100 тыс. взрослого населения России, постоянно увеличиваются. В 2006г. в ЛПУ было зарегистрировано более 14 млн взрослых человек с БКМС, или 12, 4 тыс. больных на 100 тыс. населения соответствующего возраста (в 2005г. было 11, 4 тыс., а в 2000г. - 9, 55 тыс. чел.

РеА – 0, 5%, подагры- 0, 31%, СПСТ (системная красная волчанка-СКВ, системная склеродермия-ССД, дермато/полимиозит, синдром Шегрена- сШ, системные васкулиты и др.)-0, 12%.

Экстраполяция этих данных на взрослое население России (численность которого колеблется около 110 млн человек) позволила получить следующие результаты (табл. 2):

Таблица 2

**АБСОЛЮТНОЕ И ОТНОСИТЕЛЬНОЕ (НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ) КОЛИЧЕСТВО ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ РЗ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В РФ) [9]**

	«Артриты»*	РА	РеА	СПСТ	АС	ПсА	Подагра	ОА
Всего, тыс.	27 500 /19 800	671	550	132	110	319	341	14630
На 100 тыс	25 000/18 000	610	500	120	100	290	310	13300

Примечание:\*- в числителе- всего артритов, в знаменателе- стойких (хронических)

на 100 тыс.). Таким образом, распространенность БКМС среди взрослых жителей РФ увеличилась за 7 последних лет почти на одну треть (на 30, 0%).

Предварительные данные второго, диагностического, этапа эпидемиологического исследования по программе «Социальные –экономические последствия РЗ» основывались на результатах осмотра ревматологами и при необходимости-обследования 4750 человек из числа ответивших положительно на вопрос о наличии у них суставных жалоб. Ревматический диагноз был установлен более чем у 80, 0% обследованных [9]. В нозологической структуре этой группы первое место принадлежало ОА коленных и/или тазобедренных суставов, их распространенность в пересчете на всех жителей России 18 лет и старше составила 13, 3%. Распространенность РА оказалась равной 0, 61%, АС-0, 1%, псориатического артрита (ПсА)-0, 29%,

При сопоставлении полученных в результате эпидемиологического исследования расчетных величин со статистическими данными Минздравсоцразвития за 2005г. (табл. 1) видно, что последние были значительно более низкими. Так, число зарегистрированных больных с РА (как и распространенность РА на 100 тыс. взрослого населения) оказались меньше эпидемиологических величин в 2, 3 -2, 4 раза, больных с РеА- в 12, 4 -12, 9 раз, с болезнями из группы СПСТ- в 2, 9 -3, 0 раза, с АС- в 3, 3 раза, с ОА –в 4, 9-5, 1 раз.

Как указывалось во введении, нозологическая структура РЗ в популяции жителей США 18 лет и старше выражалась в большинстве случаев абсолютным числом взрослых больных с конкретной нозологической формой [ 6, 7]. Причем эта величина устанавливалась не на основании анализа каких-либо общегосударственных статистических

показателей и не с помощью крупномасштабных эпидемиологических исследований последнего времени. Авторы исследования, входящие в NADW, использовали различные литературные источники, в которых имелись эпидемиологические данные о распространенности того или иного РЗ, нередко-полученные 10-15 и более лет назад на ограниченных группах населения. После проведения анализа этих данных они определенным образом экстраполировались (без конкретного описания методики расчета) на все взрослое население США (в соответствии с данными Бюро Переписи населения за 2005г. - около 215 млн человек)

Мы позволили себе привести вышеназванные сведения, почерпнутые из двух цитируемых работ [6, 7], вместе с полученными нами относительными значениями распространенности основных РЗ, рассчитанными на 100 тыс. взрослых жителей США (табл. 3).

относительной распространенности (на 100 тыс. взрослого населения) отдельных нозологических форм РЗ, почерпнутые из 3-х вышеназванных источников. При детальном рассмотрении этих данных становятся очевидными ряд фактов. Во-первых, распространенность почти всех анализируемых РЗ (РА, ОА, СПСТ, АС) в американской популяции взрослых, с учетом даже минимальных значений, в несколько раз превышает соответствующие среднестатистические показатели Минздравсоцразвития России: для РА-в 2, 5 раза, для ОА-в 5, 4 раза, для СПСТ- в 26, 6 (!) раза.

Во-вторых, распространенность целого ряда изучавшихся РЗ среди жителей США оказалась вполне сопоставимой с величинами, полученными в результате недавно проведенного эпидемиологического исследования в РФ [9]. Это относится к «Артрита» в целом, включая стойкие (хронические), а также к РА, ОА и, возможно, к АС (табл. 4).

Таблица 3

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РЗ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ США [6, 7]**

Нозология	«Артриты»*	РА	СКВ	ССД	СШ	СА	ОА	РПМ	Подагра**	ФМ	БНС***
Абс. тыс	46400	1300	161-322	49	1300	600-2400	27000	711	3000-6100	5000	59000
На 100 тыс.	21600	600	70-150	20	605	300-1100	12560	300	1395-2800	2330	27440

Примечание: \*- «Артрит» определялся в случае положительного ответа на вопрос анкеты: «Говорил ли Вам когда-либо врач или др. медицинский работник, что у Вас имеется какая-либо форма артрита, или ревматоидный артрит, или подагра, или системная красная волчанка, или фибромиалгия?». \*\* - 3 млн больных, имевших признаки подагры в течение последнего года, 6, 1 млн чел. - у которых ставился этот диагноз когда-либо. \*\*\*-у 59 млн чел. имелась БНС за последние 3 мес, хроническая БНС установлена у 7, 1 млн чел. РПМ-ревматическая полимиалгия, ФМ-фибромиалгия, БНС-боль в нижней части спины.

Следует учитывать, что численность взрослого населения США почти вдвое выше, чем в РФ (215 млн и 110 млн чел. соответственно). Поэтому логично ожидать, что абсолютное число больных с РЗ в первой из двух сравниваемых популяций должно быть заметно больше, что очевидно при сопоставлении таблиц 1 и 3 (для корректности сопоставления нами далее рассматривались отчетные данные Минздравсоцразвития за 2005г.).

Более точное сравнение требует наличия относительных показателей распространенности болезней в двух популяциях, поэтому мы, как указано выше, выполнили соответствующие математические пересчеты.

Далее, в использованных публикациях из США даны отдельные сведения об абсолютном количестве больных с СКВ, ССД, сШ и ревматической полимиалгией (РПМ), входящих, как известно, в статистическую рубрику СПСТ. В статистических и эпидемиологических материалах из России имеется только общая рубрика- СПСТ. Поэтому для получения сравниваемых показателей мы суммировали соответствующие численные значения по этим 4-м нозологиям, имеющиеся в американских работах (табл. 3) (=1310,0 - 4170 тыс. больных с СПСТ), и рассчитали распространенность СПСТ на 100 тыс. взрослого населения США (=990,0-2250,0 больных).

В табл. 4 приведены сравниваемые показатели

**ПОКАЗАТЕЛИ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОТДЕЛЬНЫХ РЗ (ЧИСЛО БОЛЬНЫХ НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ)**

Таблица 4

Источники данных	Статистика МЗиСР России (2005г.) [8]	Эпидданные РФ [9]	Материалы по США [6, 7]
Нозология			
«Артриты»	—	25 000, 0/ 18 000, 0	21 600, 0
РА	240, 0	610, 0	600, 0
ОА	2 333, 8	13 300, 0	12 560, 0
СПСТ	38, 9	120, 0	990, 0-2250, 0
АС	29, 1	100, 0	300, 0-1100, 0*
PsA	—	290, 0	—
PsA	39, 6	500, 0	—
Подагра	—	310, 0	1395, 0

Примечание: \*- [8]- суммированы все спондилоартриты (overall SA) (АС, PsA, PsA, энтеропатические артриты, недифференцированные спондилоартриты)

В то же время показатели распространенности в РФ двух нозологических групп -СПСТ и подагры, приведенные в цитируемом отечественном эпидемиологическом исследовании, были существенно более низкими, чем в североамериканской популяции. Так, данный показатель по группе СПСТ в РФ оказался ниже, чем в США, как минимум в 8 раз, а по подагре- в 4, 5 раза.

### Обсуждение

Как отмечено выше, благодаря выполненным в последние годы в России и США эпидемиологическим исследованиям, в основе которых лежал метод анкетирования взрослого населения двух стран, стали известными данные о распространенности «артритов» в каждой из них. При этом имелись существенные отличия в подходах к установлению факта наличия «артрита» у респондентов из двух популяций. В России — это указание опрошенного лица на имеющуюся / имевшуюся у него припухлость суставов, в том числе возникшую в течение последнего года, либо сохраняющуюся более длительный период времени (что принималось за свидетельство хронизации артрита) [5].

Американскими экспертами из NADW «артрит, диагностированный врачом» регистрировался в случае получения позитивного ответа на вопрос о ставившемся респонденту когда-либо диагнозе какого-либо артрита (куда, как отмечалось выше, входит и «остеоартрит», то есть артроз, либо РА, либо подагра, либо СКВ, либо фибромиалгия) [6]. Таким образом, в один ряд со всеми формами артритов (артрозов) и такими истинными суставными заболеваниями, как РА и подагра, ставились СКВ и фибромиалгия, которые навряд ли можно отнести собственно к «артритам», а не к РЗ в широком понимании этого термина.

Однако, несмотря на указанные методологические различия двух исследований, установленная в их результате распространенность «артритов» в популяциях взрослых россиян и американцев оказалась вполне сопоставимой. В России — это 25% населения, из них 18% — со стойкими артритами, в США — более 21% населения. Нетрудно подсчитать, что «артритами» страдают соответственно 27, 5 / 19, 8 млн больных в одной стране и 46, 4 млн — в другой.

Очевидно огромное бремя РЗ для обоих государств, имеющее выраженную тенденцию к постоянному нарастанию. Так, американские эксперты прогнозируют увеличение количества «диагностированных врачом артритов» в своей стране к 2030г. примерно на 40%, то есть число пораженных достигнет 67 млн человек. Причем количество лиц с ограниченной вследствие «артритов» активностью увеличится с 19 млн человек до 25 млн человек (8, 8% и 9, 3% соответственно) [10].

Уже в настоящее время в США «артритами» обусловлены более 744 тыс. госпитализаций и 36, 5 млн амбулаторных визитов к врачу [11, 12], а общая «стоимость» артритов и другой ревматологической патологии (по сути, представленной классом БКМС) в 2003г. достигла в этой стране 128 млрд долларов [13].

Фармакоэкономический анализ стоимости только одного РЗ — РА в условиях современной России, проведенный в те же годы [14], определил расчетную «цену» этого заболевания в государственном мас-

штабе равную почти 37 млн рублей в год (без учета лечения современными биологическими агентами!), что также свидетельствует о колоссальных затратах, которые требуют РЗ и в нашей стране.

В отношении общей тенденции в динамике распространности РЗ в России можно сослаться на убедительный факт буквально «галопирующего» нарастания количества регистрируемых в стране болезней XIII статистического класса (БКМС) и соответствующих показателей распространенности этой, по сути — ревматологической, патологии. Это четко видно из данных табл. 1, демонстрирующей увеличение указанных показателей среди взрослых континентов РФ только за 7 последних лет на 30% (с 9545 до 12 401 на 100 тыс. взрослого населения России).

Как следует из приведенных в табл. 3 данных о величинах распространенности отдельных РЗ в двух популяциях, явившихся результатами эпидемиологических исследований и расчетов (второй и третий столбцы таблицы), для таких заболеваний, как РА, ОА и спондилоартриты в целом (АС+ ПсА + РеА), получены вполне сопоставимые результаты.

Показатели распространенности РА и ОА у взрослых жителей России, согласно цитируемому эпидемиологическому исследованию, оказались даже несколько более высокими, чем у жителей США: для РА — 610, 0 и 600, 0 на 100 тыс., для ОА — 13 300 и 12 560 на 100 тыс. соответственно.

Не исключено, что показатели распространенности РА и ОА отражают в какой-то степени большее, чем в США, нарастание пропорции лиц старшего возраста в популяции россиян (мы подсчитали, например, что в 2005г. доля лиц в возрасте  $\geq 65$  лет среди всего населения составила в США менее 16%, а в РФ — более 18%).

Факт нарастания распространенности ОА параллельно с увеличением возраста населения общеизвестен. Но в последние годы появились сообщения о тенденции наряду с прогрессивным снижением заболеваемости РА, наблюдаемым с начала 60-х годов прошлого столетия, к увеличению возраста больных в западных странах [15-17]. Так, если в США средний возраст больных РА в 1965г. равнялся 63, 3 годам, то к 1995г. он возрос до 66, 8 лет. Авторы [6] считают, что продолжающееся старение популяции будет сопровождаться обусловленным РА увеличением болезненности, смертности и недееспособности в старших возрастных группах населения.

В целом, в России в настоящее время, судя по данным эпидемиологического исследования, имеется более 671 тыс. больных РА и 14 630 тыс. больных с ОА крупных суставов нижних конечностей.

Результаты современной диагностики РА, проводимой в разных популяциях с использованием единых общепринятых критериев АРА (1987) обычно не вызывают вопросов и пригодны для сравнения.

В то же время при определении распространен-

ности ОА в разных странах имеются потенциальные основы для различий [7]. Они неминуемо возникают, если диагностика и регистрация заболевания заранее не унифицированы. В частности, необходимо определиться, 1) какая локализация ОА (кисти, коленные, тазобедренные суставы вместе или раздельно) будет регистрироваться; 2) критерии диагностики какого- клинически, рентгенологически или симптоматически определенного ОА- будут применяться, 3) будут ли при постановке диагнозов рентгенологически или симптоматически определенного ОА учитываться только средневыраженные и выраженные рентгенологические изменения в суставах или все, включая слабовыраженные и начальные и т. д.

О том, что между «различными» ОА существуют значительные несовпадения могут свидетельствовать, например, результаты Johnston County OA Project [18], продемонстрировавшие, что популяционная распространенность рентгенологического ОА тазобедренных суставов среди лиц 45 лет и старше достигала 27%, тогда как симптоматический ОА (клинические симптомы ОА + рентгенологические признаки ОА тех же суставов) определялся в 3 раза реже (9,2%).

Сопоставление данных американских экспертов [7] и российского эпидемиологического исследования [9] можно признать в основном корректным, так как в обеих работах речь шла о распространенности клинически определенного ОА, без рентгенологического подтверждения диагноза. Однако американцы определили распространенность ОА в целом, касающуюся суставов кистей, коленных и тазобедренных, а в отечественной работе устанавливалась распространенность только ОА крупных суставов нижних конечностей. Несмотря на это процент ОА среди взрослого населения России оказался, как было отмечено ранее, несколько выше, чем в популяции взрослых американцев.

Касаясь проблемы спондилоартритов, американские эксперты [6] также справедливо отмечают имеющиеся сложности в диагностике этой группы заболеваний, распространенность которых находится в тесной связи с популяционной частотой генотипа HLA-B27 и характеризуется расовыми и этническими различиями [19-21].

Сложности относятся, например, к интерпретации рентгенологических проявлений сакроилиита и его стадии, а также к отсутствию корреляции между выраженностью воспалительной боли в спине и стадией сакроилиита [22]. Кроме того, отмечая общую тенденцию к снижению распространенности РеА в развитых странах [23], эксперты [6] указывают на трудности в диагностике и регистрации болезни, связанные с известной склонностью последней к развитию ремиссий, вынуждающих нередко учитывать факт заболевания только на основании данных анамнеза- без наличия его признаков к моменту осмотра пациента.

Далее, суждение о распространенности заболеваний, относящихся к группе спондилоартритов, затрудняется наличием весьма значительного числа (до 40%) так называемых недифференцированных спондилоартритов. Учет или наоборот неучет последних, естественно, заметно отражается на показателях общей распространенности спондилоартритов в целом. Поэтому так значимы колебания в полученной- на основании общего количества больных, установленного американскими экспертами, - расчетной распространенности спондилоартритов среди взрослого населения США.

Так, общая численность всех спондилоартритов ("overall SA"), в рамках которых американскими экспертами рассматриваются АС, ПсА, РеА, энтеропатические и недифференцированные спондилоартриты, должна составлять по их расчетам 639 тыс. -2 417 тыс. человек (среди лиц в возрасте  $\geq 25$  лет) [6]. Отсюда, распространенность спондилоартритов (полученная в результате нашей математической обработки приведенных в работе абсолютных величин) может колебаться в пределах 300, 0-1100, 0 на 100тыс. взрослых жителей США.

Это значение распространенности спондилоартритов среди американцев оказалось сравнимым с эпидемиологическими данными о суммарной величине распространенности спондилоартритов в России [9]: АС+ ПсА+ РеА =100, 0+290, 0+500, 0 =890, 0 на 100 тыс. взрослых жителей России. Но при этом не следует забывать, что в российском исследовании энтеропатические (связанные с воспалительными заболеваниями толстой кишки) и недифференцированные спондилоартриты не учитывались, не были обозначены использовавшиеся диагностические критерии каждого заболевания и т. д.

Это создает определенные сложности при проведении сравнения данных из двух источников и в их интерпретации. Однако в целом можно допустить, что общее количество взрослых больных с тремя указанными заболеваниями, относящимися к группе серонегативных спондилоартритов (АС, ПсА и РеА), в России ориентировочно может достигать почти миллиона (979 тыс.) человек.

Сопоставление показателей распространенности болезней, входящих в группу СПСТ, полученных в отечественном эпидемиологическом исследовании для всей группы и вычисленных на основании суммированного нами количества больных с каждым из 4-х рассмотренных американскими экспертами болезней -СКВ, ССД, сШ и РПМ, конечно, также является не вполне корректным. Во-первых, мы не уверены в том, что только суставные жалобы, регистрируемые на скрининговом этапе эпидемиологического исследования в России, действительно позволили выявить всех больных с СПСТ, например, с СКВ, сШ, системными васкулитами и др. С другой стороны, известно, что в нашей стране в практических учреждениях основное внимание уделяется именно СКВ, меньше- ССД и совсем

недостаточно- сШ, РПМ и другим, еще более редким СПСТ. Поэтому и диагностика нацелена именно на первые две наиболее ярко манифестирующие болезни, которые в основном и регистрируются в статистических отчетных формах, и выявляются при эпидемиологическом исследовании, а остальные остаются как бы «вне поля зрения». Этим можно частично объяснить различия в показателях распространенности СПСТ в двух популяциях, когда в США он оказывается выше, чем в России, в 8 и более раз, и рассчитанное количество больных в США составляет 1300 тыс. -4100 тыс. человек, а в РФ- только 132 тыс. человек.

Еще один фактор, могущий объяснить действительно более высокую распространенность СПСТ среди населения США – существенная прослойка в нем афроамериканцев, у которых, как известно, СКВ встречается в 4-5 раз чаще, чем среди белого населения, а ССД- в 1, 15 раза чаще [ 24, 25]. Кроме того выявлены отдельные этнические группы (например, индейцы Чоктау), в которых распространенность ССД более чем в 3 раза превышает популяционную [26]. Понятно, что этим создаются определенные условия для увеличенного накопления СПСТ в американской популяции.

Изучение распространенности подагры в России связано с известными сложностями, обусловленными прежде всего недостаточными знаниями проблемы врачами- неревматологами, плохо владеющими диагностикой этого распространенного заболевания. Кроме того, до настоящего времени во многих клиничко-биохимических лабораториях страны не налажено определение уровня мочевой кислоты, что делает невозможным выявление гиперурикемии. Только в единичных ЛПУ РФ имеются поляризационные микроскопы, позволяющие выявлять кристаллы уратов в синовиальной жидкости и тканях, что делает диагноз подагры абсолютно достоверным [27]. А пока очень многие российские больные (и не только пациенты, но и медработники) нередко отождествляют подагру с hallux valgus, ОА и др. Поэтому использование опросника для эпидемиологических целей с вопросом «Говорил ли Вам когда-либо врач, что у Вас подагра?», как это было сделано в США [28], в России может привести к еще большей гипердиагностике этой болезни, чем было отмечено в Америке.

Эксперты NADW пришли к выводу, что в США около 3 млн человек в возрасте  $\geq 18$  лет имели признаки подагры в течение последнего года и у 6, 1 млн человек 20 лет и старше подагра проявлялась когда-либо на протяжении жизни. Однако сами авторы считают эти цифры завышенными.

Согласно российскому эпидемиологическому исследованию, не ориентированному специально на диагностику подагры [9], количество больных подагрой в РФ должно быть не менее 340 тыс. человек. Действительно ли распространенность подагры в российской популяции в несколько раз ниже,

чем среди американцев (310 на 100 тыс. против 1395 на 100 тыс. населения), предстоит выяснить в дальнейшем.

Важно также обратить внимание на то, что величины распространенности отдельных РЗ, полученные в результате постоянно цитируемого отечественного эпидемиологического исследования последних лет [9], оказались заметно более высокими, чем те, которые были определены крупномасштабным отечественным исследованием в конце 70-х гг. прошлого столетия [4]. Напомним, что распространенность РА составила, соответственно двум вышеназванным эпидработам, 610 и 420 больных на 100 тыс. взрослого населения, распространенность АС- 100 и 50, распространенность ОА-13 300 и 6 430 и подагры- 310 и100.

Возможно, что столь выраженное увеличение показателей установленной распространенности отдельных РЗ, с одной стороны, отразило глобальный тренд нарастания БКМС в популяции (особенно заметный для таких дегенеративно-метаболических заболеваний, как ОА и подагра). С другой, выявленная динамика могла быть связана с рядом субъективных факторов, как то: совершенствование методик проведения эпидемиологических исследований, широкое использование унифицированных, часто- вновь пересмотренных или созданных международных диагностических критериев РЗ, повышение технической вооруженности и диагностических возможностей ревматологии и др. В целом, факт 1, 5-3х кратного роста эпидемиологически установленной распространенности названных РЗ, произошедшего в России за последние 25-30 лет, можно считать бесспорным.

И, наконец, необходимо остановиться на данных официальной статистики МЗ СР РФ, касающихся распространенности отдельных РЗ в России (табл. 1) в сравнении с соответствующими величинами, полученными для популяции жителей США (табл. 4, столбцы 1 и 3).

В отношении РА можно заметить, что в отличие от многих европейских и американских популяций [ 6, 16, 29, 30] в России не обнаруживается тенденции к снижению заболеваемости и распространенности этого заболевания. Такая тенденция была выявлена даже в результате 25-летнего наблюдения за индейцами Пима, исходно отличавшимися чрезвычайно высокой распространенностью РА [31].

В РФ, наоборот, за анализируемый 7-летний период показатель распространенности РА среди взрослых жителей РФ увеличился на 5%.

Подобные изменения в сторону нарастания отмечены для СПСТ и особенно- ОА: распространенность первых возросла на 6, 8%, а ОА- более чем на 81% (!). Несмотря на это увеличение, официальные показатели распространенности этих трех РЗ в России остаются существенно, « в разы», более низкими, чем установленные для населения США: распространенность РА оказалась соответственно

в 2, 5 раза, ОА- в 5, 4 раза и СПСТ – более чем в 26 раз (!) ниже.

Показатель распространенности АС в российской популяции, как следует из табл. 1, изменялся весьма незначительно (в пределах 30 -34 тыс. зарегистрированных пациентов и 28, 0 -31, 0 больных на 100 тыс. взрослых жителей). Это- более чем в 4 раза ниже, чем распространенность АС среди белого населения Америки, установленная известным Рочестерским эпидемиологическим исследованием еще в 1979г. [20].

Число зарегистрированных больных с РеА в России медленно снижается: от 50 тыс. человек в 2000г. до 44 тыс. в 2006 г. Показатель распространенности уменьшился за эти 7 лет более чем на 13%. Данные о распространенности РеА в популяции североамериканцев отсутствуют, поэтому сравнение показателей в двух рассматриваемых нами популяциях провести нельзя. Однако американские эксперты отмечают тенденцию к снижению распространенности РеА в развитых странах [23], что, как указано выше, соответствует динамике официальных статистических показателей России.

Ответы на вопрос о причинах вышеотмеченных значительных отличий в распространенности отдельных РЗ в популяциях россиян и североамериканцев, к сожалению, могут носить характер предположений.

Конечно, существуют определенные генетические, демографические и средовые факторы, отличающие эти большие популяции людей, живущих на разных материках и в разных полушариях Земли. О некоторых из них мы упоминали выше (например, значительная прослойка афроамериканцев среди жителей США, наличие отдельных изолятов индейцев с высокой заболеваемостью и распространенностью некоторых РЗ и др.).

Кроме того, сами эксперты из NADW указывают, что представленные ими результаты исследования распространенности РЗ в популяции американцев нельзя считать окончательными, они скорее всего завышены. Это связано с методическими погрешностями. Например, -получение данных либо на основании опросников, в которых пациент самостоятельно отмечал факт наличия или отсутствия у него какого-либо РЗ, либо при анализе локальных эпидемиологических работ с экстраполяцией ранее полученных результатов на современное взрослое население США [6, 7].

Однако одни эти объективные, но не глобальные факторы вряд ли способны привести к многократному повышению показателей распространенности данных РЗ среди жителей США по сравнению с россиянами.

Представляется, что уровни распространенности среди жителей России таких заболеваний, как РА, ОА, АС и СПСТ и др., регистрируемой на осно-

вании обращаемости пациентов в государственные ЛПУ, существенно занижены в связи с действием ряда факторов, которые трудно признать объективными. Среди них –низкий уровень обращаемости за медицинской помощью, во многом обусловленный значительной удаленностью больших территорий от центров и резко ограниченными коммуникационными связями между ними. Больной человек просто не в состоянии « добраться» до врача, тем более- до специалиста – ревматолога.

Далее, происходящая переориентация отечественного здравоохранения в направлении врача общей практики в ущерб специализированным службам и, как правило, недостаточный уровень подготовки врачей общетерапевтического профиля по проблемам ревматологии неизбежно приводят к серьезным дефектам диагностики и регистрации РЗ. Таким образом, пациент с РА, СКВ, АС, ОА и др. РЗ, особенно на ранних стадиях болезни, даже попав на прием к врачу-терапевту, часто остается нераспознанным и незарегистрированным как ревматологической больной.

Дефект регистрации РЗ в статистических сводках России виден на примере РА, когда ежегодное выявление 25-30 тыс. впервые диагностированных случаев заболевания [8] не только не сопровождается адекватным увеличением общего числа зарегистрированных больных РА, но даже их снижением (табл. 1, данные за 2002-2003гг.), чего, с учетом общеизвестного факта относительно низкой летальности при РА, быть не может.

Проведение качественного масштабного эпидемиологического изучения распространенности РЗ в популяции позволяет в известной степени нивелировать дефекты их диагностики и регистрации, свойственные современному практическому здравоохранению России. Это подтверждается, в частности, результатами заканчивающегося российского эпидемиологического исследования, при котором на диагностическом этапе основная роль была отведена специалисту-ревматологу [9].

Таким образом, проведенное сопоставление продемонстрировало несовершенство и неполноту отечественных официальных статистических сводок, которые способны дать лишь общие представления о распространенности данной патологии и тенденциях в изменении статистических показателей во времени. Более полные сведения о распространенности хронических РЗ в популяции предоставляют крупномасштабные эпидемиологические исследования. Достоверность последних- при использовании на начальном этапе методов анкетирования населения- существенно увеличивается в ходе последующего осмотра и, при необходимости, обследования специалистом-ревматологом выделенных контингентов респондентов.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Пфлюгер Б. Оценка глобального бремени костно-мышечных заболеваний. *Научно-практич. ревматол.*, 2001, 4, 4-9
2. CDC. Prevalence of disabilities and associated health conditions among adults-United States. *MMWR Morb. Mortal. Wkly Rep.*, 2001, 50, 120-125
3. Эрдес Ш., Фоломеева О. М. Ревматические заболевания и инвалидность взрослого населения Российской Федерации. *Научно-практич. ревматол.*, 2007, 4, 4-9
4. Беневоленская Л. И., Бржезовский М. М. Эпидемиология ревматических болезней. М., "Медицина", 1988
5. Эрдес Ш., Галушко Е. А., Бахтина Л. А. и соавт. Распространенность артралгий и припухания суставов у жителей разных регионов РФ. *Научно-практич. ревматол.*, 2004, 4, 42-47
6. Helmick C. G., Felson D. T., Lawrence R. C. et al. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part I. *Arthr. Rheum.*, 2008, 58, 15-25
7. Lawrence R. C., Felson D. T., Helmick C. G. et al. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part II. *Arthr. Rheum.*, 2008, 58, 26-35
8. Заболеваемость населения России (в 2000-2006 гг.). Статистические материалы Министерства здравоохранения и социального развития РФ (за 2001-2007 гг.), М.
9. Галушко Е. А., Эрдес Ш. Ф., Большакова Т. Ю. и соавт. Распространенность ревматических заболеваний по данным эпидемиологического исследования. *Научно-практич. ревматол.*, 2008, №2. Приложение,
10. Hootman J. M., Helmick C. G. Projections of US prevalence of arthritis and associated activity limitations. *Arthr. Rheum.*, 2006, 54, 226-229
11. Lethbridge-Cejku M., Helmick C. G., Popovic J. R. Hospitalizations for arthritis and other rheumatic conditions: data from the 1997 National Hospital Discharge Survey. *Med. Care*, 2003, 41, 1367-1373
12. Hootman J. M., Helmick C. G., Schappert S. M. Magnitude and characteristics of arthritis and other rheumatic conditions on ambulatory medical care visits, US, 1997. *Arthr. Rheum.*, 2002, 47, 571-581
13. Yelin E., Murphy L., Cisternas M. G. et al. Medical care expenditures and earnings losses among persons with arthritis and other rheumatic conditions in 2003, and comparisons with 1997. *Arthr. Rheum.*, 2007, 56, 1397-1407
14. Койлубаева Г. М. Качество жизни больных ревматоидным артритом и фармакоэкономические аспекты заболевания. Автореф. дисс. к.мн, М., 2005
15. Symmons D., Turner G., Webb R. et al. The prevalence of rheumatoid arthritis in the UK: new estimates for a new century. *Rheumatology (Oxford)*, 2002, 41, 793-800
16. Rasch E. K., Hirsch R., Paulose-Ram R., Hochberg M. C. Prevalence of rheumatoid arthritis in persons 60 years of age and older in the US: effect of different methods of case classification. *Arthr. Rheum.*, 2003, 48, 1170-1178
17. Doran M. F., Pond G. R., Crowson C. S. et al. Trends of incidence and mortality in rheumatoid arthritis in Rochester, Minnesota, over a 40- year period. *Arthr. Rheum.*, 2002, 46, 625-631
18. Helmick C., Renner J. B., Luta G. et al. Prevalence of hip pain, radiographic hip OA, severe radiographic hip OA, and symptomatic hip OA: the Johnson County OA Project [abstract]. *Arthr. Rheum.*, 2003, 48, Suppl. 9, S212
19. Dai S. M., Han X. H., Brian D. D. et al. Prevalence of rheumatic symptoms, RA, AS, and gout in Shanghai, China: a COPCORD study. *J. Rheumatol.*, 2003, 30, 2245-2251
20. Carter E. T., McKenna C. H., Brain D. D., Kurland L. T. Epidemiology of AS in Rochester, Minnesota, 1935-1973. *Arthr. Rheum.*, 1979, 22, 365-370
21. Baum J., Ziff M. The rarity of AS in the black race. *Arthr. Rheum.*, 1971, 14, 12-18
22. Maurer K. Basic data on arthritis knee, hip, and sacroiliac joints in adults ages 25-74 years. *Vital. Health Stat.*, 1979, 11, 1-31
23. IliouLos A., Karras D., Ioakimidis D. et al. Change in the epidemiology of Reiter's syndrome (reactive arthritis) in the post-AIDS era? *J. Rheumatol.*, 1955, 22, 252- 254
24. Fessel W. J. Systemic lupus erythematosus in the community: incidence, prevalence, outcome, and first symptoms; the high prevalence in black women. *Arch. Intern. Med.*, 1974, 134, 1027-1035
25. Mayes M. D., Lacey J. V., Beebe-Dimmer J. et al. Prevalence, incidence, survival, and disease characteristics of systemic sclerosis in large US population. *Arthr. Rheum.*, 2003, 48, 2246-2255
26. Arnett F. C., Howard R. F., Tan F. et al. Increased prevalence of SS in native American tribe in Oklahoma: association with an Amerindian HLA. *Arthr. Rheum.*, 1996, 39, 1362-1370
27. Zhang W., Doherty M., Pascual E. et al. EULAR evidence based recommendations for gout. Part I: Diagnosis. Report of a task force of the ESCISIT. *Ann. Rheum. Dis.*, 2006, 65, 10, 1301-1311
28. Kramer H. M., Curhan G. The association between gout and nephrolithiasis: the National Health and Nutrition Examination Survey III, 1988-1994. *Am. J. Kidney Dis.*, 2002, 40, 37-42
29. Gabriel S. E., Crowson C. S., O'Fallon W. M. The epidemiology of RA in Rochester, Minnesota, 1955-1985. *Arthr. Rheum.*, 1999, 42, 415-420
30. Aho K., Kaipianen-Seppanen O., Heliovaara M.,

*Klaukka T. Epidemiology of RA in Finland. Sem. Arthr. Rheum., 1998, 27, 325-334*  
31. *Jacobsson L. T., Hanson R. L., Knowler W. C. et*

*al. Decreasing incidence of RA in Pima Indians over 25-year period. Arthr. Rheum., 1994, 37, 1158-1165*

Поступила 20. 05. 08