

Динамика распространенности ревматических заболеваний, входящих в XIII класс МКБ-10, в популяции взрослого населения Российской Федерации за 2000–2010 гг.

Р.М. Балабанова, Ш.Ф. Эрдес

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт ревматологии» РАМН, Москва

Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Контакты: Римма Михайловна Балабанова
balabanova@iramn.ru

Contact: Rimma Mikhailovna Balabanova
balabanova@iramn.ru

Поступила 03.02.2012

Болезни костно-мышечной системы (БКМС) по уровню негативного влияния на современное общество находятся на ведущих позициях, что определяется их постоянно нарастающей распространенностью, поражением практически всех возрастных групп населения, склонностью к хронизации, неуклонному прогрессированию, ранней инвалидизации, снижению качества жизни [1, 2].

Согласно официальной рубрикации Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) в XIII класс «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» входят следующие патологические состояния:

- M00–M25 Артропатии
 - M00–M03 Инфекционные артропатии
 - M05–M14 Воспалительные полиартропатии
- M15–M19 Артриты
 - M20–M25 Другие поражения суставов
- M30–M36 Системные поражения соединительной ткани
- M40–M54 Дорсопатии
 - M40–M43 Деформирующие дорсопатии
 - M45–M49 Спондилопатии
 - M50–M54 Другие дорсопатии
- M60–M79 Болезни мягких тканей
 - M60–M63 Болезни мышц
 - M65–M68 Поражения синовиальных оболочек и сухожилий
 - M70–M79 Другие болезни мягких тканей
- M80–M94 Остеопатии и хондропатии
 - M80–M85 Нарушения плотности и структуры кости
 - M86–M90 Другие остеопатии
 - M91–M94 Хондропатии
 - M95–M99 Другие нарушения костно-мышечной системы и соединительной ткани

Сведения о количестве больных, зарегистрированных в государственных лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) по всем классам болезней и отдельным нозологиям в соответствии с МКБ-10, обобщаются в ежегодных официальных статистических отчетах Минздравсоцразвития Российской

Федерации (МЗиСР РФ) «Заболеваемость населения России».

Из всего перечня заболеваний, входящих в XIII класс, в отчетную форму 12 включены реактивные артропатии (ReA) – M02, ревматоидный артрит (РА) серопозитивный и серонегативный – M05–M06, юношеский (ювенильный) артрит (ЮА) – M08, анкилозирующий спондилит (АС) – M45, системные поражения соединительной ткани (СПСТ) – M30–M35, остеоартрозы (ОА) – M15–M19. Из рубрики «Остеопатии и хондропатии» выделены постменопаузальные остеопорозы с патологическим переломом и без него (M80–M81). Псориаз артропатический (L40.5) входит в XII класс болезней – «Болезни кожи и подкожной клетчатки».

За рубежом в последнее десятилетие медицинская общественность и государственные структуры обеспокоены тяжелым бременем ревматических заболеваний (РЗ), которое определяется рядом характеристик:

- значительной распространенностью в популяции и первичной заболеваемостью, причем последняя складывается как из действительно впервые заболевших в данном году, так и из впервые обратившихся за медицинской помощью пациентов с данной патологией;
- клинико-патогенетическими свойствами (хроническое, системное, склонное к прогрессированию, жизнеугрожающее заболевание);
- снижением трудоспособности больного человека;
- ухудшением качества жизни;
- влиянием на продолжительность жизни, связанным с летальностью от данного заболевания;
- высокой стоимостью болезни (прямые и не прямые затраты).

По всем перечисленным выше характеристикам РЗ находятся среди наиболее социально значимых классов заболеваний, оказывающих негативное влияние не только на самого больного человека и его семью, но и на общество (государство) в целом.

Таблица 1 Заболеваемость БКМС взрослого населения России за 2000–2010 гг. (абс. число, тыс.)

БКМС	Годы						
	2000	2002	2004	2006	2008	2009	2010
Все	10 612	11 670	12 501	14 238	15 179	15 479	15 829
РА	264,5	261,0	267,0	286,6	278,1	271,6	276,9
АС	34,8	30,9	31,3	33,4	33,4	39,4	39,8
РеА	49,7	45,6	46,7	44,4	45,4	46,0	51,1
ОА	1587,4	1929,9	2313,8	2975,8	3220,9	3383,3	3700,0

Значительная организационная сложность и дороговизна масштабных эпидемиологических исследований при хронических неинфекционных болезнях делает особенно ценными ежегодные официальные статистические данные МЗиСР РФ о заболеваемости населения [3]. При этом следует учитывать, что данные о заболеваемости, регистрируемые по обращаемости жителей страны в государственные ЛПУ, могут не совпадать с показателями истинной распространенности РЗ. Статистические показатели безусловно отражают социальный масштаб проблемы, а будучи анализируемыми систематически, — позволяют судить о существующих тенденциях в динамике заболеваемости, что видно на примере следующих данных.

В табл. 1 представлена динамика абсолютного числа больных (в возрасте 18 лет и старше) за анализируемый период, свидетельствующая о тенденции к ежегодному увеличению числа больных с патологией костно-мышечной системы. В 2000 г. в ЛПУ России было зарегистрировано более 10 млн больных БКМС, к 2005 г. их число увеличилось до 12,5 млн, в 2009 г. оно превысило 15 млн, а в 2010 г. приблизилось к 16 млн (15 829 291).

В анализ мы включили регистрируемые в отчетной форме №12 заболевания опорно-двигательного аппарата, которые в 2000 г. составляли 1735,4 тыс. (16,3% от всех БКМС). В 2010 г. их число возросло более чем в 2 раза (4067,8 тыс.), что составило 25,9% от всех БКМС.

Из табл. 1 следует, что количественные изменения при различных нозологических формах являются односторонними, но не равнозначными, при этом прослеживаются определенные тенденции.

Наиболее угрожающим по частоте снижения трудоспособности, развития осложнений, в том числе сердечно-сосудистых, укорочения продолжительности жизни является РА. Как следует из данных официальной статистики, динамика числа зарегистрированных больных РА за анализируемый период носила волнообразный характер: некоторое снижение зафиксировано в 2002 г., затем прирост в 2006 г. с определенной стабилизацией в последующие годы. За анализируемый период существенного увеличения этого показателя не отмечено. По сравнению с 2000 г., в 2010 г. он увеличился на 4,5%. Число больных с впервые зарегистрированным диагнозом РА претерпело незначительные изменения (табл. 2).

АС чаще поражает лиц мужского пола трудоспособного возраста. Как показано в многоцентровом исследовании, проведенном в нашей стране, установление диагноза АС отсрочено от первых клинических проявлений болезни на 7 лет и более, что не может не сказываться на официальных данных о распространенности этого заболевания [4]. Как видно из табл. 1, общее число зарегистрированных больных АС в первую половину анализируемого периода имело некоторую тенденцию к снижению, оставаясь стабильным в течение 2005–2008 гг., но значительно возросло к 2010 г. — на 6,2 тыс. (16,1%). В сравнении с 2008 г. отмечено существенное увеличение количества больных АС с впервые установленным диагнозом — на 2133 (+34,3%).

По данным статистических материалов МЗиСР РФ, общее количество зарегистрированных больных с РеА оставалось достаточно стабильным на протяжении всего периода, с самым низким показателем в 2006 г. — 44,4 тыс. К 2010 г. оно возросло до 51,1 тыс. (на 6,7 тыс., или на 13,2%; см. табл. 1). Число больных с первично установленным диагнозом РеА составляло в 2006 г. 16 252, а в 2010 г. — 19 385, т. е. на 16,2% больше (см. табл. 2).

Таким образом, число больных с воспалительными заболеваниями суставов за анализируемый период увеличилось, особенно возросло число больных АС.

Согласно международным критериям, население считается старым, если доля людей 65 лет и старше превышает в нем 7%.

Изменение возрастной структуры населения в нашей стране с увеличением числа жителей старше 60 лет с 14% в 70–80-е годы прошлого столетия до 21% в последние годы не могло не отразиться на суставной патологии, характерной для лиц старшей возрастной категории, — ОА. К сожалению, в эту рубрику включены пациенты с различными его формами, что не позволяет дать точную оценку распространенности первичного ОА. Как видно из табл. 1, эта нозология дает самый большой вклад в общие показатели БКМС.

За анализируемый период общее число больных ОА увеличилось более чем в 2 раза: с 1587,4 тыс. в 2000 г. до 3700,0 тыс. в 2010 г. (на 57,1%). Число первично зарегистрированных больных ОА составило в 2006 г. 669 317, в 2010 г. — 745 732 (увеличилось на 10,3%).

Таблица 2 Число больных РЗ с впервые установленным диагнозом (абс. число)

Диагноз	Годы			
	2006	2008	2009	2010
РА	32 057	29 646	26 052	28 963
АС	3577	3305	4345	5438
РеА	16 252	16 424	17 216	19 385
ОА	669 317	667 246	694 352	745 732

Таблица 3 Исходы лечения стационарных больных РЗ в 2009–2010 гг.

Диагноз	Выписано (абс. число)		Койко-дни		Умерло (абс. число)	
	2009 г.	2010 г.	2009 г.	2010 г.	2009 г.	2010 г.
РА+ЮА	71 732	71 014	1 130 479	1 115 137	295	291
РеА	10 175	9905	151 195	147 851	5	5
АС	12 422	17 181	187 836	243 615	21	14
ОА	227 725	261 242	3 373 371	3 745 517	37	29

Однако, несмотря на то что количество зарегистрированных в стране больных ОА уже достигло 3700 тыс. человек и каждый год впервые выявляется более 600 тыс. «новых» пациентов, заболеваемость ОА, определяемая по обращаемости к врачу, не может отражать истинную распространенность данной патологии. В реальности больных с различными формами ОА в популяции гораздо больше, чем обращающихся за медицинской помощью в государственные ЛПУ.

Как следует из представленных выше данных, в России заболеваемость БКМС по обращаемости пациентов в ЛПУ за 11-летний период выросла на 33%. Это значительно выше, чем 5-летний прирост (1995–1999), который составил 16,9%.

Следует отметить, что общая заболеваемость воспалительными и «дегенеративными» заболеваниями суставов не однозначна. Так, заболеваемость РА за анализируемый период увеличилась незначительно – на 4,5%, что может быть обусловлено правильной и своевременной диагностикой этого заболевания. Общее число больных с РеА, имевшее тенденцию к снижению в 2006 г., вновь стало увеличиваться к 2010 г. Не исключено, что миграционные потоки последних лет, отсутствие нормальных социальных условий, медицинской помощи для этого контингента способствуют нарастанию не только серьезных инфекционных заболеваний, таких как туберкулез, но могут приводить и к росту урогенитальных инфекций, хронизации инфекции вследствие неадекватно проведенной антибактериальной терапии при возможности безрецептурного приобретения антибиотиков.

Широко распространенные в популяции хронические, прогрессирующие, склонные к частым обострениям РЗ являются одной из основных причин временной и стойкой потери трудоспособности. Так, только пролеченные в стационаре в 2010 г. 56 293 пациента с РА дали 1 073 703 дня временной нетрудоспособности

Исходы лечения больных РЗ за 2009–2010 гг., представленные в табл. 3, свидетельствуют о значительном вкладе этой группы в стоимостную характеристику РЗ. По данным отечественных исследователей, которые оценили среднюю стоимость больного-москвича, страдающего РА, прошедшего амбулаторный и стационарный этапы лечения, оказалось, что его «цена» составила 1960 долларов США в год [5]. Если экстраполировать эти данные на всех зарегистриро-

ванных в РФ больных РА (около 280 тыс. человек), то затраты будут превышать 540 млн долларов США в год (!).

Представленный выше анализ заболеваемости жителей России РЗ демонстрирует возрастающую значимость данной проблемы для государства в целом и для отдельных его членов в частности. Для ее решения необходима дальнейшая активизация ревматологической службы, основная роль которой заключается в обеспечении практикующих врачей широкой и доступной информацией о новых достижениях в диагностике и лечении РЗ. В последнее время особое внимание уделялось диагностике АС, частота которого по эпидемиологическим данным значительно выше, чем по обращаемости в ЛПУ. Официальные данные о распространенности спондилоартритов можно подвергнуть сомнению, учитывая сложность интерпретации рентгенологических проявлений сакроилиита, длительные периоды отсутствия боли в спине воспалительного характера. Включение в стандарты обследования новых методов исследования (компьютерная и магнитно-резонансная томография) будет способствовать получению объективных данных о поражении позвоночника и достоверности постановки диагноза АС.

По мере старения населения возрастает распространенность ОА, удельный вес которого в общей численности БКМС значителен по сравнению с воспалительными заболеваниями суставов. Его прирост за 11 лет составил 57,1%. Это обусловлено не только увеличением числа лиц пожилого возраста, но и особым вниманием ревматологов и общественности к этой проблеме, созданием школ для больных ОА, разъяснением значения роли правильного питания, подвижного образа жизни, широкого спектра лекарственных средств не только симптоматического, но и структурно-модифицирующего действия для лечения ОА.

Для решения сложнейших задач по своевременной диагностике, лечению и реабилитации больных РЗ необходимо взаимодействие ревматологов и врачей общей практики, учитывая явную недостаточность квалифицированных ревматологов в стране (1685 по данным МЗиСР РФ за 2010 г.). Существенную помощь могут оказать общественные организации и школы больных, которые широко пропагандируют здоровый образ жизни, необходимость снижения массы тела, правильное питание, физическую активность, разъясняют эффективность соблюдения рекомендованных врачом схем лечения.

ЛИТЕРАТУРА

- Насонова В.А., Фоломеева О.М., Эрдес Ш.Ф. Ревматические болезни в России в начале XXI века. Науч-практич ревматол 2003;1:6–11.
- Фоломеева О.М., Галушко Е.А., Эрдес Ш.Ф. Распространенность ревматических заболеваний в популяциях взрослого населения России и США. Науч-практич ревматол 2008;4:4–13.
- Заболеваемость населения России (2000–2010 гг.) – Статистические материалы Министерства здравоохранения и социального развития России.
- Галушко Е.А., Большакова Т.Ю., Виноградова И.Б. и др. Структура ревматических заболеваний среди взрослого населения России по данным эпидемиологического исследования. Науч-практич ревматол 2009;1:11–7.
- Койлубаева Г.М., Амирджанова В.Н., Горячев Д.В. и др. Стоимость ревматоидного артрита в условиях реальной клинической практики. Тез. IV съезда ревматологов. Науч-практич ревматол 2005;3:236.