© Саатова Г.М., 2002

Г.М. Саатова

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ДЕТЕЙ КЫРГЫЗСТАНА В 1995—2000 гг.

НИИ акушерства и педиатрии (дир. акад. НАК Кыргызстана Д. К. Кудаяров), г. Бишкек, Кыргызстан

Патология костно-суставного аппарата стоит в одном ряду наиболее значимых медицинских проблем с выраженным влиянием на экономику общества, здоровье и качество жизни отдельных индивидуумов и их семей.

Среди неуклонно стареющего населения преобладают дегенеративно-дистрофические поражения суставов и позвоночника, приобретающие из-за высокой распространенности характер «эпидемии». Воспалительные ревматические заболевания, как известно, развиваются преимущественно у лиц молодого, трудоспособного возраста. Большинство из них также склонны к хронизации и прогрессированию. Постоянная боль, симптомы воспаления, нарастающая потеря двигательной функции, а также нередкое поражение внутренних органов, присущие большинству хронических ревматических болезней (РБ), являются причинами значительных временных и стойких трудовых потерь, а также преждевременной смерти.

В то же время с огорчением можно отметить, что в нашей стране данная проблема практически совсем не известна, хотя для Кыргызстана медико-социальная значимость болезней костно-мышечной системы (БКМС) и соединительной ткани стоит не на последнем месте.

Нами были проанализированы данные государственной статистической регистрации заболеваемости РБ среди детского населения Кыргызстана за 1995—2000 гг., которые составляются по обращаемости больных в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) и получены по результатам ежегодных статистических отчетов Министерства здравоохранения Кыргызстана. Показатели болезненности (общей заболеваемости) и первичной заболеваемости рассчитаны на 100 000 жителей детского возраста. Именно ежегодные статистические данные являются ориентиром для планирования основных направлений и объемов оказания медицинской помощи населению.

Количество зарегистрированных по обращаемости в ЛПУ Кыргызстана детей, больных РБ, постоянно возрастает. Как видно из табл. 1 и 2, медленно увеличивается удельный вес БКМС по отношению к общему числу больных с заболеваниями всех регистрируемых классов — от 0,99% в 1995 г. до 1,08% в 1997 г. (динамика роста составляет +9,09%). Отмечается также рост удельного веса БКМС по отношению к общему числу детского населения Кыргызстана с 0,41% в 1995 г. до 0,50% к 2000 г. (динамика роста составила +21,95%).

Возможность провести анализ количественных изменений в отношении отдельных нозологических форм РБ ограничена тем, что в отчетных формах МЗ регистрируется одной строкой весь класс БКМС, из которого выделяются только системные болезни соединительной ткани (СБСТ) и ревматоидный артрит (РА) в одной группе. Удельный вес регистрируемых форм (табл. 3) — ювенильный РА (ЮРА) и СБСТ — среди всего класса БКМС увеличился с 5,8% в 1995 г. до 7,17 % в 1999 г. и 6,15% в 2000 г. (динамика роста составляет +23,62% и +6,3% соответственно).

Как видно из табл. 4, в 2000 г. в ЛПУ обратилось 8717 детей, больных БКМС, что почти на 2 тыс больше, чем в 1995 г. Прирост абсолютных величин болезненности (общей заболеваемости) составил +25,93%. Это увеличение тем более значимо, если учесть произошедшее за 5 лет снижение прироста детского населения Кыргызстана, динамика роста составляет всего +2,5%. Отметим, что прирост общего количества больных по всем регистрируемым классам заболеваний за тот же срок соответствовал +2,94%.

Относительный показатель болезненности по БКМС в расчете на 100 000 детского населения вырос на +23,84% (с 405,6 до 502,3). Увеличилось также количество суставно-мышечных больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, характеризующих первичную заболевае-

Таблица 1

Удельный вес регистрируемых БКМС и соединительной ткани среди всех зарегистрированных в Кыргызстане больных детей до 14 лет

Нозология	Годы			Динамика, %
	1995	1996	1997	
БКМС, %	0,99	0,95	1,08	+9,09
РА, СБСТ, %	0,07	0,07	0,08	+14,2
Зарегистрировано больных детей	697 353	680 259	717 857	+2,94

Таблица 2

Удельный вес регистрируемых БКМС и соединительной ткани среди детского населения Кыргызстана

Нозология	Годы						Динамика, %
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	
БКМС, %	0,41	0,38	0,45	0,08	0,49	0,50	+21,95
РА, СБСТ, %	0,03	0,02	0,03	0,04	0,04	0,04	+33,3
Детское население, тыс	1691,3	1705,3	1702,7	1697,2	1731,1	1735,2	+2,5

Таблица 3

Удельный вес регистрируемых в детском возрасте БКМС и соединительной ткани среди всего класса РБ в Кыргызстане

Нозология	Годы						Динамика, %
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	
БКМС, %	76,79	76,32	78,34	78,56	78,93	74,08	−3,5/+2,7*
РА, СБСТ, %	5,8	5,82	6,4	7,25	7,17	6,15	+6,3/+23,6*
РБ	9014	8481	9934	10 255	10 837	11 767	+30,54

Здесь и в табл. 5 и 7: * в числителе — динамика в сравнении с 2000 г., в знаменателе — с 1999 г.

Таблица 4

Показатели болезненности и заболеваемости БКМС и соединительной ткани у детей в 1995—2000 гг.

Показатели		1995	1996	1997	1998	1999	2000	Динамика, %
Болезненность	абс.	6922	6473	7783	8057	8554	8717	+25,93
	на 100 тыс	405,6	379,6	457,2	474,7	494,1	502,3	+23,84
Заболеваемость	абс.	2833	2854	4117	3774	4799	3764	+32,62
	на 100 тыс	167,79	167,36	241,8	222,36	277,22	216,92	+29,28

мость: в 2000 г. их было почти на 1000 больше (+32,62%), чем 6 лет назад. Относительный показатель заболеваемости, рассчитанный на 100 000 детского населения Кыргызстана, возрос с 167,79 до 216,92 (+29,28%).

В табл. 5 представлена динамика показателей болезненности и первичной заболеваемости по указанным нозологиям среди детей к 2000 г. по сравнению с 1995 г. За анализируемые 5 лет (до 1999 г.) число зарегистрированных больных этими двумя группами РБ увеличилось на 38,43%, то есть прирост, как следует из вышеприведенных данных, превысил таковой среди всего класса РБ (+30,54%).

Значительно сократилось к 2000 г. количество вновь зарегистрированных случаев (−14,69%), и особенно это заметно в сравнении с 1999 г. — с 338 до 180.

Анализ показателей болезненности БКМС по 8 территориально-экономическим регионам Кыргызстана показал следующее (табл. 6). 6-летнее увеличение абсолютного и относительного количества детей с БКМС отмечалось в г. Бишкек (прирост на 98,23% и 59,6%), в Джалал-Абадской (29,68% и 26,4%) и Иссык-Кульской (19,89% и 26,3%) областях. Несущественный прирост абсолютных показателей болезненности БКМС, чем прирост соответствующих относительных показателей, отмечался в Чуйской, Таласской и Иссык-Кульской областях, что связано с убылью численности населения. То есть жителей в этих регионах становится меньше, а поражаемость их РБ увеличивается.

В табл. 7 представлена динамика показателей болезненности ЮРА и СБСТ в различных регионах Кыргызстана с 1995 до 2000 гг. До 1999 г. во всех регионах республики отмечалось существенное увеличение зарегистрированных больных и относительных статистических показателей. Лишь к 2000 г. отметилось существенное уменьшение этих показателей в г. Бишкек, Ошской и Нарынской областях.

Анализ динамики статистических показателей болезненности и заболеваемости свидетельствует, что в Кыргызстане, как и во всем мире, все бóльший процент населения страдает от РБ. Примечательно, что потреб-

Таблица 5

Показатели болезненности и заболеваемости РА и СБСТ среди детского населения Кыргызстана

Показатели		1995	1996	1997	1998	1999	2000	Динамика, %
Болезненность	абс.	523	494	640	744	778	724	+38,43
	на 100 тыс	30,92	28,96	37,6	43,83	44,94	41,72	+34,92
Заболеваемость	абс.	211	141	238	215	338	180	−14,69/+60,1*
	на 100 тыс	12,47	8,26	14,0	12,66	19,52	10,37	−16,84/56,5*

Таблица 6

Распределение БКМС и соединительной ткани у детей по регионам Кыргызстана на 100 000 жителей

Регионы	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Динамика, %
г. Бишкек	2150 / 1530	2629 / 1890	3798 / 2754,2	4144 / 3000	4850 / 2810	4262 / 2472,1	+98,23 / +59,6
Чуйская область	1370 / 560	1048 / 430	963 / 400	769 / 330	848 / 363	1416 / 606,1	+3,35 / +8,23
Ошская область	1791 / 293,4	1480 / 237,1	1770 / 282,7	1756 / 279,2	1504 / 311,3	1504 / 313,3	−6,02 / +6,78
Джалал-Абадская область	539 / 154,5	555 / 156,2	522 / 146,7	552 / 154,4	572 / 159,8	699 / 195,3	+29,68 / +26,40
Нарынская область	540 / 492,2	402 / 370,8	342 / 317,5	181 / 170,2	197 / 207,8	116 / 122,3	−78,5 / −5,15
Таласская область	79 / 94,2	25 / 29,9	38 / 45,8	67 / 81,8	82 / 104,4	85 / 108,2	+7,59 / +14,86
Иссык-Кульская область	382 / 242,5	325 / 207,5	305 / 196,0	523 / 347,0	325 / 217,3	458 / 306,3	+19,89 / +26,30
Баткенская область						232 / 148,2	

Здесь и в табл. 7: в числителе — абсолютное число больных, в знаменателе — на 100 000 населения.

ность в получении медицинской помощи при БКМС среди жителей Кыргызстана нарастает более быстрыми темпами, чем при других воспалительных заболеваниях в целом. Об этом свидетельствуют такие цифры, как увеличение за 5 лет количества зарегистрированных детей, больных БКМС, на 25,93% против 2,94% роста всей когорты обращавшихся в поликлиники больных детей со всеми регистрируемыми в МКБ заболеваниями. В значительной степени увеличиваются показатели ежегодной заболеваемости среди детей, определяемой по частоте диагнозов, установленных впервые в жизни. За 6 лет она возросла на 32,62%. Понятно, что этот показатель не отражает истинную первичную заболеваемость РБ. Скорее речь идет о выявляемости. В сложных социально-экономических условиях нашей республики росту показателей болезненности и заболеваемости РБ может способствовать возросшая потребность длительно болеющих детей в получении медицинской помощи и в определенных медико-социальных льготах, что приводит их на прием к врачу.

Анализ средних показателей болезненности по основным территориально-экономическим зонам Кыргызстана демонстрирует, что их величина может отражать не только количество проживающих на данной территории детей, больных БКМС, но и степень организации специализированной помощи на местах и ее доступность для больного ребенка. В этом плане представляется, что постоянно низкие значения болезненности, регистрируемые в Нарынской, Таласской областях, обусловлены не столько крепким здоровьем их жителей, сколько значительной протяженностью и удаленностью большинства территорий от центра и низкой укомплектованностью врачами-ревматологами на местах. Подчеркнем, что в целом по республике 6-летнее увеличение абсолютного количества детей, больных БКМС, так и впервые в жизни диагностированных, оказалось не намного выше, чем прирост соответствующих относительных показателей (25,93% и 23,84% — для болезненности и 32,62% и 29,28% — для заболеваемости), что связано с незначительным приростом детского населения. Таким образом, жителей

Таблица 7

Распределение РА и СБСТ у детей по регионам Кыргызстана

Регионы	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Динамика, %
г. Бишкек	43 30,73	40 28,88	54 39,15	31 22,49	31 17,98	31 17,98	−27,9 −1,49
Чуйская область	56 23,2	57 23,8	76 32,09	85 36,7	120 51,36	90 38,52	+60,71 +66,03
Ошская область	243 39,81	215 34,44	226 36,1	434 69,61	313 64,78	205 42,43	−15,63/+28,8* +6,58/+62,72*
Джалал-Абадская область	101 28,95	101 28,43	153 42,98	134 37,50	156 43,58	120 33,52	+18,8 +15,78
Нарынская область	37 33,72	25 23,06	29 14,66	12 11,28	49 49,09	31 31,06	−16,21/+32,4* −7,88/+45,5*
Таласская область	9 10,7	5 5,99	10 12,07	17 20,75	27 34,33	13 16,56	+44,4 +54,76
Иссык-Кульская область	34 21,58	51 32,56	92 59,12	31 20,18	43 28,76	50 33,44	+47,05 +54,95
Баткенская область						183 116,93	

Кыргызстана не становится больше, а поражаемость их РБ увеличивается (Иссык-Кульская, Таласская и Чуйская области).

Трудно объяснить факт снижения показателя заболеваемости (общее количество зарегистрированных в ЛПУ) РА и СБСТ среди детей за 2000 г. (−14,69% и−16,84%). Но интересно, что и российские и американские исследователи отмечают подобные изменения в своих странах [1, 2]. Этот вопрос требует специального изучения. К сожалению, вся группа СБСТ учитывается в целом, без выделения отдельных нозологических форм и в одной группе с РА.

Отсутствует сегодня возможность провести анализ количественных изменений в отношении костных и соединительно-тканных дисплазий, инфекционных и воспалительных артропатий, остеопатий (остеохондрозы, остеоартрозы), хондропатий, дорсопатий не только среди детей, но и среди взрослых. Отсутствуют сведения о первичной заболеваемости этими заболеваниями. Показательно, что в специально проведенных эпидемиологических исследованиях в РФ показатель болезненности остеоартрозом (ОА) среди людей старше 18 лет увеличился на 44,3%, а заболеваемости — на 25% [1, 3], в США установлен рост распространенности ОА до 12 на 1000 жителей (20,7 млн больных) [4]. В Кыргызстане подобных исследований не проводилось.

Статистические данные, основанные на годовых отчетах ЛПУ во всех регионах Кыргызстана, естественно, не могут совпадать с результатами специально организованных эпидемиологических исследований. Многие больные могут длительно оставаться вне поля зрения официальных ЛПУ. Именно эпидемиологическое исследование с применением унифицированных методов и критериев диагностики РБ позволит установить истинную распространенность РБ в популяции, вне связи с тем, обращался пациент в ЛПУ или нет.

Анализ динамики обратившихся за лечебной помощью в отделение ревматологии Кыргызского НИИ акушерства и педиатрии за 5 лет показал рост дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов и позвоночника среди заболевших детей — спондилопатий в 3,5 раза, остео- и хондропатий в 6,2 раз, — что подчеркивает высокую актуальность этой патологии в сравнении с другими РБ. По-видимому, это связано с быстрым старением детского организма, вызванным влиянием экзогенных (климатические, экологические) и эндогенных (наследственность, врожденные нарушения) факторов и связанных с ними обстоятельств.

Как нам представляется, при раннем развитии генуинного ОА (в молодом возрасте) и накоплении последнего в отдельных семьях генетический вклад может быть более значим, чем ОА отдельных нагрузочных суставов у пожилых людей.

Пресс РБ на современное общество обусловливают не только их широкая распространенность, но и связанные с ними значительные трудовые потери. Хронический прогрессирующий характер большинства РБ отражается на показателях инвалидности. Из числа пролеченных больных в отделении ревматологии в 2000 г. 4,94% имели медицинские показания, дающие право на получение инвалидности, из них 34,3% по заболеваниям опорно-двигательного аппарата, что составило 11,1% из числа больных ревматологического профиля. Исходя из патогенетических свойств большинства РБ, а именно прогрессирующего хронического течения, можно предположить, что, раз утратив трудоспособность, больные имеют малую вероятность к ее восстановлению. Таким образом, в популяции постоянно происходит накопление инвалидов с БКМС. Обращается внимание, что более 40% инвалидности в связи с БКМС обусловлено различными заболеваниями позвоночника, или дорсопатиями. Сведения, полученные нами при обследовании и лечении больных РБ,