

Аналіз стану захворюваності та поширеності хвороб кістково-м'язової системи в Україні та Волинській області

Андрійчук О.Я., Григус І.М.

Волинський національний університет імені Лесі Українки

Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука

Анотації:

Розглянуто динаміку захворюваності та поширеності хвороб кістково-м'язової системи, сучасні проблеми діагностики, лікування і реабілітації хворих на артроз. Проаналізовано рівень захворюваності, поширеності та первинного виходу на інвалідність, спричинену хворобами кістково-м'язової системи в Україні та Волинській області. Розглянуто останні дослідження сучасних проблем медичної реабілітації із застосуванням фізіотерапевтичних процедур, обґрунтування принципів етапного відновлювального лікування хворих на артроз.

Андрійчук О.Я., Григус І.М. Анализ состояния заболеваемости и распространенности болезней костно-мышечной системы в Украине и Волынской области. Рассмотрена динамика заболеваемости и распространенности болезней костно-мышечной системы, современные проблемы диагностики, лечения и реабилитации больных артрозом. Проанализирован уровень заболеваемости, распространенности и первичного выхода на инвалидность, вызванную болезнями костно-мышечной системы в Украине и Волынской области. Рассмотрены последние исследования современных проблем медицинской реабилитации с применением физиотерапевтических процедур, обоснования принципов этапного восстановительного лечения больных артрозом.

Andriychuk O.Y., Grygus I.M. Analysis of the state of morbidity and prevalence of illnesses of the skeletal-muscular system in Ukraine and Volhynia area. The dynamics of morbidity and prevalence of illnesses of the skeletal-muscular system, modern problems of diagnostics, treatment and rehabilitation of patients with arthrosis, is considered. The level of morbidity is analysed, prevalence and primary output on disability, caused by illnesses of the skeletal-muscular system in Ukraine and Volhynia area. The last researches of modern problems of medical rehabilitation are considered with the use of physical therapy procedures, ground of principles of a stage restoration treatment of patients with arthrosis.

Ключові слова:

хвороби кістково-м'язової системи, захворюваність, поширеність, інвалідність, реабілітація.

болезни костно-мышечной системы, заболеваемость, распространенность, инвалидность, реабилитация.

illnesses of the skeletal-muscular system, morbidity, prevalence, disability, rehabilitation.

Вступ.

За період з 1990 року по 2008 рік в Україні збільшується кількість уперше зареєстрованих захворювань, у тому числі хвороб кістково-м'язової системи. Майже 90 % осіб, яких визнано інвалідами, – це особи працездатного віку [7,8]. Причинами цього можна назвати невчасне діагностування, лікування та неефективну реабілітацію. Разом з тим, є наукові напрацювання, які доводять ефективність окремих методів діагностики, лікування та реабілітації хворих на артроз [1-6].

Робота виконана за планом НДР Волинського національного університету імені Лесі Українки.

Мета, завдання роботи, матеріал і методи.

Мета дослідження. Вивчення динаміки захворюваності та поширеності хвороб кістково-м'язової системи, первинний вихід на інвалідність, розподіл інвалідів по групах і за віком; аналіз сучасних проблем дослідження артрозу.

Завдання дослідження:

1. Порівняти динаміку уперше зареєстрованих випадків захворювань в Україні, у тому числі хвороб кістково-м'язової системи.
2. Проаналізувати динаміку поширеності хвороб кістково-м'язової системи в областях України.
3. Вивчити первинний вихід на інвалідність за основними формами захворювань у Волинській області.
4. Дослідити розподіл первинно визнаних інвалідів, інвалідність яких спричинена хворобами кістково-м'язової системи, по групах та за віком.
5. Опрацювати останні наукові доробки щодо проблем артрозу.

Результати дослідження.

Ми вивчали статистичні бази даних Державного комітету статистики України, Центру медичної статистики, бази даних «Здоров'я для всіх» щодо показників

© Андрійчук О.Я., Григус І.М., 2010

здоров'я населення, використання ресурсів охорони здоров'я та діяльності лікувально-профілактичних закладів Волинської області.

Згідно з даними Держкомстату України [8] рівень захворюваності населення в Україні за період з 1990 по 2008 рік зростає, в тому числі хвороби кістково-м'язової системи. Так, якщо за 18 років рівень загальної захворюваності зріс на 0,9 % з 32188 до 32467, то рівень хвороб кістково-м'язової системи зріс аж на 14 % – з 1374 до 1567. В таблиці 1 подано динаміку захворюваності населення України.

Досліджуючи дані Центру медичної статистики [8] щодо динаміки поширеності захворювань кістково-м'язової системи в Україні, впливає невтішна тенденція до зростання. Динаміку поширеності захворювань кістково-м'язової системи подано на рис. 1.

З детального дослідження поширеності захворювань кістково-м'язової системи в областях України випливає, що в 1999 році на I місці за поширеністю займала Волинська область.

У 2008 році Волинська область перемістилась на 5 місце, після Черкаської, Вінницької, Дніпропетровської областей та міста Києва, але така ротація викликана, на жаль, не зменшенням поширеності захворювання у Волинській області, а підвищенням у інших регіонах.

Невчасне, неефективне лікування та реабілітація призводить до тимчасової втрати працездатності та інвалідності. Нас зацікавило питання про первинний вихід на інвалідність за п'ятьма основними формами захворювання у Волинській області та Україні. Згідно з даними Волинського обласного центру медичної статистики у 2006 році хвороби кістково-м'язової системи займали четверте місце після хвороб систем кровообігу, новоутворень, травм та отруєнь. Детальна характеристика первинного виходу на інвалідність подана в табл. 2.

Таблиця 1

Захворюваність населення України

Рік	Кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань, тис.	
	всього	у тому числі, хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини
1990	32188	1374
1991	...	...
1992	33214	1529
1993	33833	1543
1994	31455	1439
1995	32547	1416
1996	30169	1431
1997	31158	1476
1998	31974	1600
1999	32959	1548
2000	33471	1571
2001	33192	1593
2002	32233	1598
2003	32585	1572
2004	32573	1609
2005	32912	1600
2006	32240	1597
2007	32807	1569
2008	32467	1567

Таблиця 2

Первинний вихід на інвалідність по основних формах захворювань (на 10 тис. відповідного населення)

№ з/п	Захворювання	Число первинно визнаних інвалідів на 10 тис. населення				Структура первинно визнаних інвалідів (у %)			
		дорослого		працездатного		дорослого		працездатного	
		Волинська обл.	Україна	Волинська обл.	Україна	Волинська обл.	Україна	Волинська обл.	Україна
1.	Хвороби системи кровообігу	11,71	13,5	11,55	12,2	23,0	26,5	18,82	21,3
2.	Новоутворення	7,72	8,8	9,21	9,2	15,17	17,2	15,01	16,1
3.	Травми, отруєння	7,21	6,3	9,45	8,2	14,16	12,2	15,4	14,3
4.	Хвороби кістково-м'язової системи	5,59	5,4	7,13	6,5	10,97	10,6	11,62	11,3
5.	Розлади психіки та поведінки	3,36	2,7	4,54	3,6	6,6	5,2	7,39	6,2

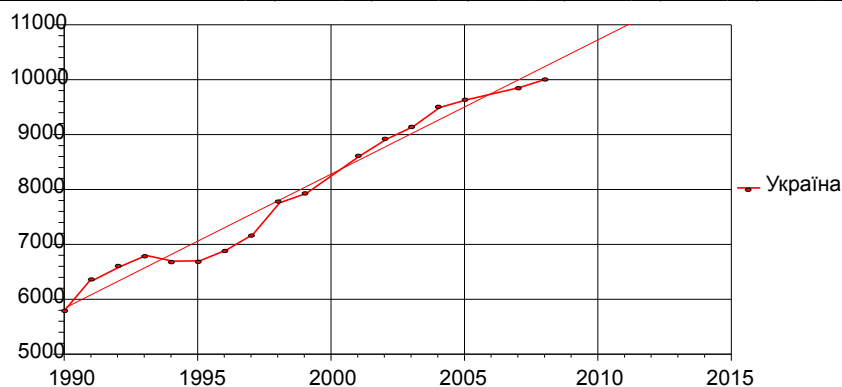


Рис. 1. Поширеність захворювань кістково-м'язової системи

Аналізуючи розподіл первинно визнаних інвалідів по групах, інвалідність яких спричинена хворобами кістково-м'язової системи, виявилось, що у Волинській області першу групу інвалідності отримало 1,6 % хворих, другу – 12,8 %, третю – 85,6 %. В Україні розподіл первинно визнаних інвалідів внаслідок хвороб кістково-м'язової системи становить: перша група – 4,2 %, друга група – 21,4 %, третя – 74,4 %. Дані розподілу подано на рис. 2.

Досліджуючи інвалідність, спричинену хворобами кістково-м'язової системи, ми проаналізували вік первинно визнаних інвалідів. Так, чверть інвалідів – це особи у віці до 39 років включно. 67,8 % – жінки у віці від 40 до 55 років, чоловіки від 40 до 60 років, 7,2 % інвалідів – жінки у віці 55 років і старші і чоловіки 60 років і старші. В Україні 22,4 % інвалідів із захворюваннями кістково-м'язової системи – це особи до 39 років включно, 61,9 % інвалідів – жінки у віці

від 40 до 55 років та чоловіки у віці від 40 до 60 років, 15,7 % – жінки-інваліди у віці 55 років та старші і чоловіки-інваліди у віці 60 років та старші. Дані розподілу у Волинській області подано на рис. 3.

Рання реабілітація хворих є одним із важливих елементів, що дозволяє попередити розвиток інвалідності, а отже і період непрацездатності. Провідне місце серед закладів охорони здоров'я належить санаторно-курортним та оздоровчим закладам. Саме в закладах такого типу можливе повноцінне відновлення здоров'я, використання всього комплексу реабілітаційних за-

ходів. Проте, згідно з даними Державного комітету статистики України [7], за період з 1990 по 2009 рік спостерігається динаміка до зменшення санаторно-курортних та оздоровчих закладів (табл. 3).

Ми вважаємо, що виходом із такої ситуації є відкриття відділень реабілітації хворих з хворобами кістково-м'язової системи. Згідно з Пояснювальною запискою до проекту наказу МОЗ України «Про затвердження Порядку створення відділень реабілітації хворих з патологією опорно-рухового апарату» [6], до основних завдань спеціалізованого відділення нале-

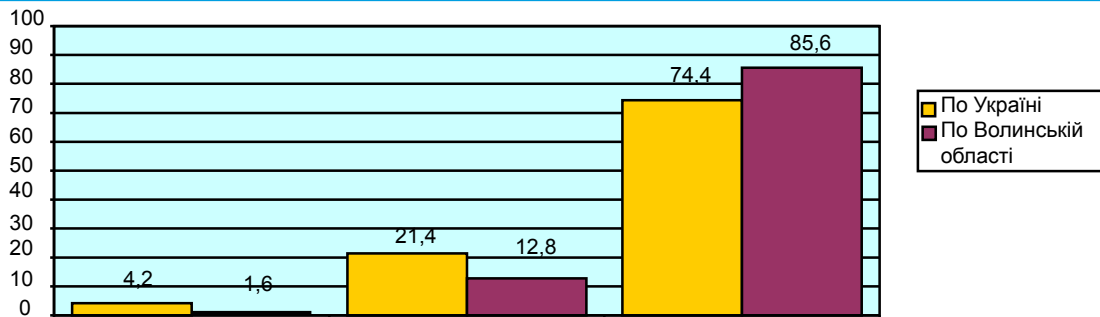


Рис. 2. Розподіл первинно визнаних інвалідів по групах (у %)

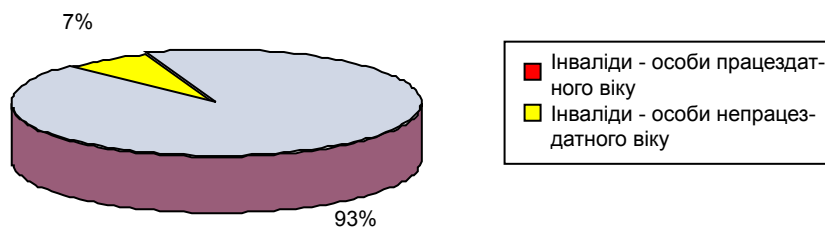


Рис. 3. Розподіл первинно визнаних інвалідів за віком (у %)

Таблиця 3

Санаторно-курортні та оздоровчі заклади України

Рік	Санаторії та пансіонати з лікуванням		Санаторії-профілакторії		Будинки і пансіонати відпочинку		Бази та інші заклади відпочинку	
	всього	у них ліжок, тис.	всього	у них ліжок, тис.	всього	у них місць, тис.	всього	у них місць, тис.
1990	505	154	556	55	332	115	2213	302
1991	513	154	568	55	342	116	2236	318
1992	531	155	571	54	321	106	2135	298
1993	546	157	544	52	308	95	2003	294
1994	539	156	520	47	303	90	1968	268
1995	551	159	517	43	294	83	1862	263
1996	545	155	463	39	286	80	1777	240
1997	536	155	428	33	289	76	1754	236
1998	547	156	416	33	292	77	1913	234
1999	547	155	404	32	303	71	1961	235
2000	549	151	377	31	266	63	2010	238
2001	555	151	357	29	273	61	2015	236
2002	544	151	334	28	290	63	1982	236
2003	536	147	325	27	292	62	2005	236
2004	531	147	311	25	302	62	2033	231
2005	524	145	291	23	321	65	2016	233
2006	520	148	277	23	301	63	1976	232
2007	523	143	269	21	302	64	1934	224
2008	518	142	262	21	302	64	1916	221
2009	513	141	252	21	296	62	1907	216

жать: попередження розвитку інвалідності, скорочення терміну непрацездатності, профілактика ускладнень; розробка нових ефективних методів реабілітації із застосуванням природних чинників; планомірне впровадження в роботу відділення новітніх досягнень медичної науки і практики; вивчення як безпосередніх, так і віддалених результатів реабілітації хворих з захворюваннями опорно-рухового апарату; підвищення рівня теоретичних і практичних знань, систематичне навчання персоналу відділення, вдосконалення його професійної підготовки.

Згідно з Клінічним протоколом, затвердженим наказом МОЗ України від 06.02.2008 № 56, санаторно-курортне лікування артрозу повинно вміщувати: лікувальну фізичну культуру, масаж, витягання, бальнеотерапію, грязелікування та тепловікування, апаратну фізіотерапію (лазерне опромінення, ультразвук, електрофорез, магнітотерапію, СМХ-терапію, ДМХ-терапію, діадинамотерапію, ампліпульстерапію). Термін санаторно-курортного лікування 18-24 дні. Показниками якості лікування є зменшення або зникнення проявів основних клінічних симптомів та лабораторних показників запального процесу, поліпшення функції суглобів, покращення якості життя.

Негативна динаміка поширеності захворювань кістково-м'язової системи спровокувала низку досліджень щодо проблем остеоартрозу. Так, М. І. Канут досліджував використання низькочастотного ультразвуку та магнітолазерної терапії в реабілітації хворих на остеоартроз. Під час досліджень вивчено ефективність терапевтичного комплексу за дії низькочастотного ультразвуку і магнітолазерної терапії у реабілітації хворих на остеоартроз залежно від клінічних проявів захворювання. Оцінено динаміку клініко-функціональних, інструментальних і лабораторних показників під дією загальноприйнятих методів фізіотерапії та розробленого комплексу, який передбачає диференційоване застосування частотно-модульних факторів: низькочастотного ультразвуку, магнітного поля та лазерного випромінювання залежно від стадії захворювання та наявності реактивного синовіту. Встановлено, що розроблений комплекс здійснює виражений знеболювальний і протизапальний ефекти, значною мірою поліпшує локомоторну функцію суглобів, вегетативну регуляцію, периферичну гемодинаміку, метаболізм ліпідів, про це свідчить позитивна динаміка клініко-лабораторних показників, електрофізіологічних та інструментальних досліджень. Запропонований спосіб лікування має суттєву перевагу порівняно з традиційними методами у хворих на артроз, ускладнений синовітом, а також за виражених змін у суглобах у разі II та III стадій. За результатами віддалених наслідків, зумовлених застосуванням розробленого комплексу виявлено більш стійкий ефект і тривалий період ремісії у порівнянні із загальноприйнятими методами фізіотерапії [4].

Науковець О. А. Грабовська вивчала клініко-патогенетичне обґрунтування застосування магнітотерапії та кальцеїну в комплексному лікуванні хворих на артроз. За результатами проведеного комплексного клініко-лабораторного та інструментального дослі-

дження визначено, що ступінь порушень процесів ремоделювання кісткової тканини у хворих на артроз залежить від стадії дегенеративно-дистрофічного процесу та корелює зі статтю та віком. Доведено доцільність призначення магнітотерапії хворим на артроз зі змінами мінеральної щільності кісткової тканини. Виявлено особливості механізму дії магнітотерапії та кальцеїну в комплексному лікуванні даних хворих та з'ясовано їхню сприятливу дію на процеси кісткового ремоделювання. Установлено, що застосування комплексного лікування, яке передбачає отримання кальцеїну, позитивно впливає на процеси кісткового ремоделювання, сприяє зростанню щільності кісткової тканини, а за умов лікування з використанням магнітотерапії – стабілізації втрат кісткової маси у даних хворих. За результатами клінічних, лабораторних і остеоденситометричних досліджень показано ефективність комплексного лікування, що передбачає застосування магнітотерапії та кальцеїну [2]. Дослідник Ю. Г. Ейтутіс вивчав клініку, діагностику та лікування деформуючого артрозу першого плесно-фалангового суглоба. Було виявлено особливості стопи у хворих на деформівний артроз I плесно-фалангового суглоба, що розширює уявлення про етіопатогенез захворювання. Систематизовано й уточнено показання та протипоказання до методів лікування деформуючого артрозу. Розроблено алгоритм хірургічного лікування хворих на деформівний артроз I плесно-фалангового суглоба. Розроблено новий рентгенологічний спосіб визначення рівня максимального тильного згинання в I плесно-фаланговому суглобі [3].

Заслужує на увагу праця В. О. Вишневського «Патогенетичне обґрунтування принципів етапного відновлюваного лікування хворих на артроз». Проведено модельні дослідження на щурах лінії Вістар з артрозом колінного суглоба з та без синовіту, уточнено уявлення про механізми дії низькоінтенсивного лазерного випромінювання та електромагнітних хвиль міліметрового діапазону у вигляді монотерапії або у поєднанні з нестероїдними протизапальними препаратами або з остеозом – препаратом з хондромодульними властивостями. Встановлено, що фізіофармакологічний лікувальний комплекс посилює терапевтичний ефект. На підставі одержаних даних сформовано лікувально-відновний комплекс для хворих на артроз, що включають лазерне випромінювання, НВЧ-терапію, бальнеотерапію та їхнє поєднання з нестероїдними протизапальними препаратами і препаратом хондромодульної дії. Показано ефективність трьох- або двохетапного відновлювального лікування, що дозволяє досягти стійкого періоду ремісії [5].

Важливе значення для покращення наявного рівня знань з проблем кістково-м'язових захворювань має дослідження Т. В. Богатирьової щодо клініко-патогенетичного обґрунтування застосування фізичних чинників в реабілітації хворих на артроз [1]. Опрацьовано нові диференційовані комплекси реабілітації хворих на артроз із застосуванням пелюїдотерапії, різних видів пунктурної мікрофізіотерапії (із застосуванням пелюїду, біоактивних компонентів грязі, лікарських препаратів), рефлексотерапії. Встановлено,

що призначення рефлексотерапії, пунктурної мікрофізіотерапії, грязелікування є патогенетично обґрунтованим щодо лікування хворих на артроз, як засвідчено позитивними результатами клініко-інструментальної динаміки, імунологічними дослідженнями та станом активності локального регулятора хондрогенезу, та більш придатні у разі незначних змін у суглобах і хребті. Доведено виражену перевагу комплексного призначення рефлексотерапії та грязелікування, пунктурної мікрофізіотерапії та пелоїдотерапії у хворих на артроз як за даними безпосередніх, так і віддалених результатів лікування, особливо у разі прогресування захворювання.

Висновки.

Аналіз рівня поширеності захворювань кістково-м'язової системи засвідчив невтішну динаміку за останні 18 років як в Україні загалом, так і у Волинській області зокрема. Структура первинного виходу на інвалідність (хвороби кістково-м'язової системи займають четверте місце серед основних причин інвалідності), а також розподіл первинно визнаних інвалідів по групах і за віком (більше 90 % інвалідів – особи працездатного віку), спровокували низку наукових досліджень і диктують необхідність вдосконалення медичної реабілітації пацієнтів цієї категорії.

Перспективи подальших досліджень. Проте вивчення праць, що стосуються проблем артрозу не розглядають можливостей застосування фотонних матриць. Ми вважаємо, що ця тематика потребує більш детального дослідження та вивчення.

Література:

1. Богатирьова Т. В. Клініко-патогенетичне обґрунтування застосування фізичних чинників в реабілітації хворих на артроз : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.01.33 «Медична реабілітація, фізіотерапія та курортологія» / Т. В. Богатирьова. – О., 2001. – 33 с.
2. Грабовська О. А. Клініко-патогенетичне обґрунтування застосування магнітотерапії та кальцеміну у комплексному лікуванні хворих на артроз : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.33 «Медична реабілітація, фізіотерапія та курортологія» / О. А. Грабовська. – О., 2004. – 24 с.
3. Ейтутіс Ю. Г. Клініка, діагностика та лікування деформівного артрозу першого плесно-фалангового суглоба : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : 14.01.21 «Травматологія та ортопедія» / Ю. Г. Ейтутіс. – К., 2006. – 23 с.
4. Канут М. І. Використання низькочастотного ультразвуку та магнітолазерної терапії в реабілітації хворих на остеоартроз : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.33 «Медична реабілітація, фізіотерапія та курортологія» / М. І. Канут. – О., 2008. – 20 с.
5. Патогенетичне обґрунтування принципів етапного відновлювального лікування хворих на артроз (клініко-експериментальне дослідження) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.01.33 «Медична реабілітація, фізіотерапія та курортологія» / В. О. Вишневський. – О., 2005. – 32 с.
6. Проект наказу МОЗ України від 06.12.2006 «Про затвердження Порядку створення відділень реабілітації хворих з патологією опорно-рухового апарату».
7. <http://www.ukrstat.gov.ua>.
8. <http://medstat.gov.ua>.

Надійшла до редакції 10.03.2010р.
 Андрійчук Ольга Ярославівна
 Григус Ігор Михайлович
grigus.igor@yandex.ua