

Медико-социальная значимость ревматических заболеваний

С.М. Шукурова, М.Ф. Абдуллоев, Г.Н. Каримова, Х.К. Тоиров

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Представлены данные литературы, посвящённые вопросам нетрудоспособности, качества жизни, выживаемости и стоимости лечения больных с ревматическими заболеваниями. Непрерывно возрастающий интерес к болезням костно-мышечной системы, значительное распространение ревматических болезней, высокая временная и стойкая нетрудоспособность определяют большую социальную значимость этой патологии. Расширение наших знаний в области медико-социальной значимости ревматических заболеваний будет способствовать разработке рекомендаций по снижению заболеваемости при взаимодействии всех заинтересованных сторон.

Ключевые слова: ревматические болезни, инвалидность

На рубеже тысячелетий основным объектом научной и практической деятельности ревматологов являются широко распространённые во всех странах ревматические болезни (РБ), объединённые в МКБ-10 (в XIII классе) – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (БКМС) [1-3].

Ревматические заболевания (РЗ) – большая группа различных по происхождению воспалительных и дегенеративно-метаболических (невоспалительных) болезней, поражающих всю структуру соединительной ткани человека (суставы, хрящи, кости, околосуставные ткани), а также сосуды, внутренние органы, нередко кожные покровы и слизистые оболочки и носящих, как правило, системный, реже – локальный характер [4-6].

Для большинства РЗ синдромами являются различной степени выраженности артрит и боль, прежде всего – суставная и мышечная.

Термин РЗ исторически берёт своё начало от ревматической лихорадки (РЛ), или известного с глубокой древности «ревматизма», одним из главных критериев которого является нестойкий, но часто – яркий, мигрирующий артрит крупных и средних суставов конечностей, исчезающий бесследно («ревма» – течь, истекать), особенно на фоне применения противовоспалительных препаратов [7].

Проблема РБ рассматривается во всем мире как одна из наиболее значимых не только с медицинских, но и социально-экономических позиций. Об этом свидетельствует провозглашение по инициативе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) первого десятилетия XXI века Декадой костей и суставов [8,9]. Это обусловлено, прежде всего, широ-

чайшей распространённостью и многообразием РЗ. Так, «артриты», как в США условно обозначаются все болезни суставов, находятся в ряду наиболее распространённых хронических заболеваний общества. В 2000г. ими страдали около 15% североамериканцев, а по прогнозу к 2020г. поражаемость населения «артритами» составит более чем 18% [1]. Аналогичные данные поступают из Европы. Популяционное исследование, выполненное с помощью опросника среди жителей Нидерландов старше 25 лет, выявило, что распространённость БКМС составила 40,8% среди мужского и 48% – женского населения страны [10]. Сходная работа, проведённая на популяции испанцев старше 20 лет, определила суммарную распространённость только пяти РЗ (ревматоидного артрита, болей в нижней части спины, гоноартроза, суставов кистей и фибромиалгии), превышающую 34% [11].

Результаты эпидемиологического исследования 16 стран Европы, показали, что в популяции наиболее частой причиной неонкологической боли являются артралгии и артриты (45%), а также боль в нижней части спины (24%).

Наиболее достоверные сведения о распространённости РЗ в популяции дают крупномасштабные эпидемиологические исследования. Такая работа проводилась в ряде городов бывшего СССР почти четверть века назад и показала, что частота только пяти основных РЗ среди взрослого населения страны приближалась тогда к 10% [12].

В России современные данные о ревматологической заболеваемости населения предполагается получить по мере выполнения начатой в 2003 г. многоцентровой программы по изучению социаль-



но-экономических последствий РЗ, реализуемой в настоящее время в 12 регионах Российской Федерации членами Ассоциации ревматологов России (АРР) под руководством Института ревматологии РАМН. Предварительные сведения, полученные при скринировании 23,5 тыс. взрослого городского и сельского населения, свидетельствуют о том, что суточные жалобы на протяжении жизни имеют более 40% жителей России [13].

РБ становится тяжелой проблемой не только для самого больного, но и для его семьи и общества в целом. Так, в США «артриты» занимают первое место среди причин нетрудоспособности населения в возрасте 16-72 лет и являются основной причиной инвалидности лиц старше 65 лет [1]. Оставаясь одной из основных причин временной потери трудоспособности работающего населения России (2-е место по случаям и 3-е – по дням среди всех причин нетрудоспособности), БКМС постоянно «увеличивают» абсолютные показатели временной нетрудоспособности: с 6,7 до 8,1 случаев и с 117,4 до 124,7 дней на 100 работающих, соответственно в 1999 г. и 2003 г. [5].

Не менее значима, стойкая потеря способности трудиться, столь часто и рано возникающая у больных РЗ и определяемая показателями инвалидизации населения.

По показателю первичного выхода на инвалидность жителей РФ, рассчитываемая на 10 тыс. населения страны в возрасте от 16 лет и старше, класс БКМС занимает 3 место, лишь уступая болезням системы кровообращения и злокачественным новообразованиям. Ежегодно более 80 тыс. взрослых жителей России становятся инвалидами в связи с РЗ.

Известно, что сведения об истинной распространённости РЗ можно получить только на основании специально организованных эпидемиологических исследований, в которых применяется либо индивидуальный осмотр, либо анкетирование репрезентативных групп с последующим обследованием выделенных контингентов населения. Такие многоцентровые исследования в Республике Таджикистан (РТ) не проводились, и лишь по данным эпидемиологических исследований, проводимых в бывшем СССР [12], есть сведения о распространённости подагры в г. Душанбе (12 случаев на 10000 населения) [14].

О ситуации с РБ по РТ, можно судить лишь по данным отчётных форм министерства здравоохранения республики, регистрируемых Государственным комитетом статистики РТ [16]. Так, по данным ряда авторов [15], в Таджикистане БКМС на 100000 населения в 2000 году составило 688,18, а в 2007 году – 945,15; ревматические заболевания в 2000 году – 774,78 и в 2007 году этот показатель равен 1137,4. В целом прирост РЗ отмечается более чем на 15%.

Хотя цифры имеют тенденцию к некоторому росту, однако эти данные не отражают истинной картины, так как первичная заболеваемость регистрируется по обращаемости населения за медицинской помощью. Реальные цифры, на наш взгляд, намного выше, так как не всё население республики обращается за медицинской помощью из-за многих причин: это высокая стоимость медицинских услуг, лекарственных средств, дальнейшее расстояние населённых пунктов от лечебных учреждений, плохая информированность врачей на местах и др.

В последние годы определение качества жизни (КЖ) стало одним из важнейших объективных способов оценки статуса больного, основанных на измерении субъективно определяемого благополучия. РЗ входят в группу хронических и длительно текущих болезней, при которых именно улучшение КЖ, изучаемого в процессе наблюдения и лечения больного, является важнейшим критерием благоприятного течения заболевания и/или эффективности проводимой терапии [17, 18].

У больных с РЗ снижение качества жизни регистрируется с помощью как общих опросников (например, EuroQOL, SF-36 и др.), так и специфических (например AIMS, HAQ и др.). Больные с РЗ испытывают постоянную боль, тугоподвижность суставов и позвоночника, двигательные ограничения, рано теряют трудоспособность и нормальные социальные и семейные связи, несут значительные экономические потери и весьма низко оценивают качество своей жизни по всем его составляющим.

Немаловажной характеристикой социальной значимости РЗ, является их негативное влияние на продолжительность жизни больного человека, определяемую показателями летальности. Несмотря на бытующее представление о РЗ как о не представляющих угрозу для жизни, 5-летняя выживаемость больных системной красной волчанкой к концу XX в. в развитых странах составляла 82-90%, 20-летняя – 63-70%, т.е., весьма значительный процент молодых людей погибают либо от не эффективности терапии, либо от тяжёлой почечной и церебральной патологии, либо от присоединившейся инфекции [19]. Среди всех причин летальности больных ревматоидным артритом (РА) более 40% составляет смерть от сердечно-сосудистой патологии, в т.ч. связанной с развитием раннего и тяжёлого атеросклероза [20].

Во всём мире РЗ относятся к разряду наиболее дорогостоящих. Так, прямые затраты (медицинские и немедицинские) складываются из расходов на диагностику, подчас требующую применения сложных лабораторных и инструментальных методов исследования, лечение (длительное, комплексное, с использованием весьма дорогих методов, например пульс-терапия, плазмафорез, биологические агенты), операции, реабилитацию больных и т.д.



Не надо сбрасывать со счетов и косвенные расходы, которые измеряются экономическим ущербом общества от потери трудоспособности ревматологическим больным или от его преждевременной смерти. Как правило, в стоимостном выражении косвенные расходы в несколько раз превышают прямые затраты на РЗ [21-23].

Существуют так называемые нематериальные, «неосязаемые» затраты, связанные с потерями, которые несёт больной РЗ человек, как личность, член семьи и общества [5, 24].

О величине затрат на РЗ в некоторых развитых странах мира свидетельствуют следующие факты: в Великобритании прямые расходы только на больных артритами достигают 1,3 млрд. фунтов стерлингов в год [25]. В Канаде общие затраты на больных РЗ в 1994 г. превысили 61,4 млрд. канадских долларов, что равно затратам на онкологического больного [26].

В 2002 году в развитых странах Европы средняя стоимость затрат на одного больного с РА равнялась 15 тыс. евро/год [27].

Таким образом, высокая социальная значимость РЗ обусловлена широкой и постоянно увеличивающейся распространённостью, хроническим прогрессирующим течением, негативным влиянием на трудовой потенциал, резким снижением качества жизни больного, высокой «ценой» РЗ для человека, его семьи и общества в целом и заметным сокращением продолжительности жизни ревматологических больных.

На сегодняшний день насчитывают около 150 форм РЗ, объединённых в XIII класс (БКМС) МКБ-10 [28].

В структуре БКМС лидирующее место занимают хронические РБ: остеоартроз, ревматоидный артрит, подагра, реактивные артриты, системные заболевания соединительной ткани и др. [29].

Остеоартроз (ОА) традиционно определялся, как «хроническое прогрессирующее невоспалительное заболевание суставов неизвестной этиологии, характеризующееся дегенерацией суставного хряща и структурными изменениями субхондральной кости, а также, явно или скрыто протекающим, умеренно выраженным синовитом [7].

В последние годы произошли изменения в воззрениях на ОА. Если ранее заболевание расценивалось как стигма старения организма, то в настоящее время ОА воспринимается, как агрессивный катаболизм суставного хряща со структурными изменениями, требующий активного хондропротективного лечения [30].

На долю ОА приходится до 70% всех РЗ [31, 32]. ОА занимает одно из первых мест среди причин инвалидности, а среди людей старше 60 лет – каждый третий имеет проявления ОА [33, 34]. В этой связи актуальные вопросы ранней диагностики, лечения, профилактики, прогнозирования ОА являются не только медицинскими, экономическими, но и социально-экологическими.

Конец XX века внёс в нашу практику термин «неизбежные спутники старения». Национальной академией наук США было внесено данное предложение, и этот термин включает в себя сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), ОА, остеопороз, деменцию, сахарный диабет и рак.

В медицинских публикациях последних лет всё чаще появляется информация о том, что люди страдающие ОА, имеют более высокий риск развития ССЗ, а также более высокий уровень общей смертности по сравнению с популяцией [35].

Rosemann и соавт., 2003-2005г., изучив гендерные особенности у 1021 пациента с ОА (34% - мужчины и 66% - женщины), определили, что у лиц обоего пола одинаково часто встречались артериальная гипертония АГ (53%), повышенный уровень холестерина (36%), сердечная недостаточность (СН) (19%), сахарный диабет (17%) и ишемическая болезнь сердца (ИБС) (13%). В 2005 году P. Soropali с соавт., при исследовании больных с ОА, выявили наличие АГ у 52%, остеопороза – у 21% и сахарного диабета II типа – у 15%.

Многочисленные исследования последних лет [36,37], по анализу структуры госпитализированных больных с РЗ, свидетельствуют о преобладании больных РА наряду с ОА.

Ревматоидный артрит (РА) – одно из самых тяжёлых хронических заболеваний человека – характеризуется выраженным воспалением с пролиферацией синовиальной оболочки суставов, поражением внутренних органов и систем, многолетним персистированием активности воспаления и постепенным разрушением структур суставов и периартикулярных тканей [13].

Распространённость РА в развитых странах Европы и северной Америки 0,5-1,0%, частота выявления новых случаев от 29 до 38 в год на 1 млн. человек (EULAR, 2009). На территории бывшего СССР распространённость РА в начале 1980-х годов составляла 0,42%. В мире распространённость РА колеблется от 0,5 до 1%.

Согласно статистическим данным Минздравсоцразвития, среди взрослого населения РФ ежегодно регистрируется около 30 тыс. новых случаев РА. Больные РА довольно быстро от начала заболевания



утрачивают трудоспособность. У 38,5% больных РА инвалидность наступает в первые три года заболевания, а через пять лет полностью утрачивают трудоспособность более половины заболевших [38].

Многие исследования ревматологов, выполненные в течение последнего десятилетия, вскрыли одну особенность РА – близость многих патогенетических аспектов развития ревматического воспаления, в частности через влияние провоспалительных цитокинов на сосудистую стенку, к процессам атеросклероза и атеротромбоза. Поэтому воспалительные РЗ обоснованно рассматриваются как факторы риска развития ранних атеросклеротических изменений стенки артерий, следствием которых нередко являются смертельные кардиоваскулярные катастрофы (инфаркт миокарда, инсульт, тромбозы).

Подагра – системное тофусное заболевание, развивающееся в связи с воспалением в месте отложения кристаллов моноурата натрия (МУН) у лиц с гиперурикемией, обусловленной внешнесредовыми и генетическими факторами [39].

Заболеваемость подагрой в различных популяциях находится в пределах от 5 до 50 случаев на 1000 мужчин и 1-9 – на 1000 женщин. Число новых случаев в год составляет от 1 до 3 на 1000 мужчин и 0,2 на 1000 женщин [40]. Заболеваемость подагрой неодинакова и составляет от 2 случаев на 10000 населения в г. Иркутске, до 12 – в г. Душанбе [15] и до 26 – в г. Одессе.

Эпидемиологические данные свидетельствуют о непрерывном истинном росте заболеваемости подагрой в последние десятилетия, обусловленном ухудшением диагностики и приёмом мочегонных препаратов. Так, рядом работ показано, что заболеваемость подагрой за последние 10-20 лет возросла более чем вдвое. Проблема метаболических нарушений при подагре отражена в публикациях, где подробно рассматриваются вопросы различных метаболических расстройств, таких как ожирение, дислипидемия, сахарный диабет II типа, а также повышение артериального давления (АД) [41].

Перечисленные выше патологические состояния способствуют развитию обусловленных атеросклерозом ССЗ. При сочетании нескольких из них риск развития метаболического синдрома (МС) значительно возрастает [42].

Таким образом, проведённый анализ литературных данных свидетельствует о неуклонном росте РЗ. В структуре РЗ лидирующее место занимают ревматоидный артрит, остеоартроз, реактивные артриты и подагра. Установлена взаимосвязь кардиоваскулярной патологии и воспалительных и метаболических артропатий.

Терапия больных с ревматической патологией требует от врача высокого профессионализма. Роль противовоспалительной терапии в купировании острого артрита занимает центральное место, причём назначение нестероидных противовоспалительных препаратов у больных с РЗ требует строго индивидуального подхода с учётом факторов риска. Полученные данные диктуют необходимость своевременной диагностики и ранней противовоспалительной терапии РЗ, что будет способствовать улучшению качества жизни больных и прогноза болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонова В.А. Медико-социальное значение XIII класса болезней населения России / В.А. Насонова, О.М. Фоломеева // Научно-практическая ревматология. – 2001. – №1. – С.7
2. Ethgen O. Degenerative musculoskeletal disease / O. Ethgen, S. Y. Reginster // Ann. Rheum. Dis. – 2004. – V. 63. – P.1-3
3. Шукурова С.М. Распространённость и структура ревматических болезней в республике Таджикистан: сб. научн. тр. Актуальные проблемы современной ревматологии / С.М. Шукурова, Н.Т. Ахунова, О.Ю. Гончарова // Волгоград. – 2011. – С. 129-130
4. Фоломеева О.М. Распространённость и социальная значимость ревматических заболеваний в РФ / О.М. Фоломеева, Ш.Ф. Эрдес // Российская ревматология. – 2009. – С. 78-86
5. Эрдес Ш.Ф. Проблема ревматических заболеваний в России с позиции общества и пациента / Ш.Ф. Эрдес, О.М. Фоломеева, В.Н. Амирджанова // Вестн. РАМН. – 2003. – №7. – С.11-14
6. Шукурова С.М. Структура и течение ревматических заболеваний по данным госпитальной заболеваемости: сб. научн. тр. / С.М. Шукурова, С.Н. Шамсудиннова, С.С. Холов // Актуальные проблемы современной ревматологии. – Волгоград. – 2010. – С.118-119
7. Насонова В.А. Ревматизм / В.А. Насонова, Н.Н. Кузьмина // Ревматические болезни (под ред. В.А. Насоновой). – 1997. – С.144-159
8. Брундтланд Г.Х. Речь на открытии заседания научной группы ВОЗ по ущербу при мышечно-скелетных заболеваниях. The Bone and Joint Decade 2000-2010. В Sanvary 200. Ceneva) / Г.Х. Брундтланд // Научно-практическая ревматология. – 2001. – №1. – С. 5-7
9. Вялков А.И. Основные задачи международной Декады (The Bone and Joint Decade 2000-2010) в совершенствовании борьбы с наиболее распространёнными заболеваниями опорно-двигательной системы



- тельного аппарата в России / А.И. Вялков [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2001. – №2. – С. 4-8
10. Picavet H.S.S. Prevalence of reported musculoskeletal diseases is high / H.S.S. Picavet, S.M.W. Hazes // *Ann. Reum. Dis.* – 2003. – V. 62. – P. 644-650
11. Carmona L. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey / L. Carmona [et al.] // *Ann. Rheum. Dis.* – 2001. – V. 60 (11). – P. 1040-1045
12. Беневоленская Л.И. Эпидемиология ревматических болезней / Л.И. Беневоленская, М.М. Бржезовский // Москва, Медицина. – 1988. – 238 с.
13. Эрдес Ш.Ф. Распространённость артралгий и припухание суставов у жителей разных регионов РФ / Ш.Ф. Эрдес [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2004. – №4. – С. 42-47
14. Шукурова С.М. Висцеральные проявления подагры: дис... д-ра мед. наук / С.М. Шукурова. – Душанбе. – 1996. – 147 с.
15. Шукурова С.М. Распространённость и структура ревматических болезней в республике Таджикистан / С.М. Шукурова, Ф.М. Хамидов // Научно-практический журнал «Авчи Зухал». – 2011. – №1. – С. 21-25
16. Здоровье населения в Республике Таджикистан / Центр медицинской статистики и информации // – Душанбе. – 2007
17. Амирджанова В.Н. Методология оценки качества жизни в практике ревматолога / В.Н. Амирджанова, Г.И. Кайлубаева // Научно-практическая ревматология. – 2003. – №2. – С. 72-81
18. Кайлубаева Г.И. Качество жизни больных ревматоидным артритом и фармакоэкономические аспекты заболевания: дис... канд. мед. наук / Г.И. Кайлубаева. – М. – 2005. – 165 с.
19. Nived O. Symposium: mortality in rheumatic diseases. Mortality in SLE / O. Nived, G. Sturfelt // *Rheumatol. in Europe.* – 1999. – №25. – P. 17-19
20. Goodson N.S. Mortality in early inflammatory polyarthritis. Cardiovascular mortality is increased in seropositive patients / N.S. Goodson [et al.] // *Arthr. Rheum.* – 2002. – V. 46. P. 2010-2019
21. Тульчинский Т.Г. Новое общественное здравоохранение / Т.Г. Тульчинский, Е.А. Варавикова // – М. – 1999. – 1027 с.
22. Centers for Disease Control. Factors associated with prevalent self-reported arthritis and others rheumatic conditions. United States 1989-1991 // *Morbidity and Mortality Weekly Report.* – 1996. – V. 45. – P. 487-491
23. Brownson R.C. Chronic Disease Epidemiology and Control / R.C. Brownson, P.L. Remington, S.R. Davis // American Public Health Association. – 1998
24. Thompson M.S. Willingness to pay and accept risks to cure chronic disease / M.S. Thompson // *American Journal of public Health.* – 1986. – V.74. – P. 392-396
25. Cabrel S.E. Direct medical costs are unique to people with arthritis / S.E. Cabrel [et al.] // *J. Rheumatol.* – 1997. – V.24. – P. 719-725
26. Badley M.E. The economic burden musculoskeletal disorders in Canada is similar to that for cancer, and may be higher / M.E. Badley [et al.] // *J. Rheumatol.* – 1997. – V. 24. – P. 719-725
27. Mittendorf T. Health economics research in the area of chronic polyarthritis / T. Mittendorf, W. Mav, H. Zeider // *J. Reumatol.* – 2002. – V. 61. – P. 21-29
28. Базоркина Д.И. Социальная значимость ревматических заболеваний / Д.И. Базоркина, Ш.Ф. Эрдес // НПЖ Ревматол. – 2005. – №6. – С. 79-85
29. Насонов Е.Л. Ревматоидный артрит / Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой // М., ГЕОТАР. – Медиа. – 2008. – С. 290-331
30. Raiz L.G. Prostaglandins and bone: physiology and pathophysiology / L.G. Raiz // *Osteoarthritis Cartilage.* – 1999. – V. 79. – P. 83-94
31. Светлова М.С. Остеоартроз коленных суставов: диагностика и структурно-модифицирующая терапия Терафлексом / М.С. Светлова // РМЖ. – 2011. – №3. – С. 47
32. Цветкова Е.С. Остеоартроз. Руководство по внутренним болезням. Ревматические болезни / Под ред. В.А. Насоновой, Ш.В. Бунчука. – М. – 1997. – С. 385-396
33. Hootman S. Magnitude and characteristics of arthritis and other rheumatic conditions on ambulatory medical care visits / S. Hootman // *Arthr. Rheum.* – 2002. – V. 47. – P. 571-581
34. Алексеева Л.И. Комбинированный препарат АР-ТРА при лечении остеоартроза // Л.И. Алексеева [и др.] // Тер. Архив. – 2005. – №11. – С. 69-75
35. Guilak F. The role of biomechanics and inflammation in cartilage injury and repair / F. Guilak [et al.] // *Clin. Ort. Relat. Res.* – 2004. – V. 423. – P. 17-26
36. Каркабаев А.Д. Социальная значимость ревматических заболеваний в структуре госпитализированных в Областную клиническую больницу / А.Д. Каркабаев, А.Н. Кнатова, М.А. Тойымбенова // Научно-практическая ревматология. – 2006. – №2. – С. 88



37. Салихов И.Г. Сравнительное эпидемиологическое исследование суставной патологии среди городского и сельского населения Республики Татарстан / И.Г. Салихов [и др.] Научно-практическая ревматология. – 2006. – №2. – С. 108
38. Балотина А.Ю. Медико-социальная характеристика больных ревматоидным артритом, лечённых в стационаре / А.Ю. Балотина, Е.Н. Максакова // Ревматоидный артрит. – 1983. – №1. – С. 25-27
39. Мазуров В.И. Подагра / В.И. Мазуров, М.С. Петрова, И.Б. Беляева. - СПб. – 2009. – 127 с.
40. Барскова В.Г. Подагра и синдром инсулинорезистентности / В.Г. Барскова, В.А. Насонова // Русский медицинский журнал. – 2010. – №10. – С. 291-296
41. Елисеев М.С. Клинические особенности течения подагры у пожилых / М.С. Елисеев [и др.] // Клиническая геронтология. – 2006. – №12. – С. 29-33
42. Rulope L.M. Hyperuricemia and renal function / L.M. Rulope, J. Garcia-Puig // Cur. Hypertension Report. – 2007. – V. 3. – P. 197-202

Summary

Medical and social significance of rheumatic diseases

S.M. Shukurova, M.F. Abdulloev, G.N. Karimova, Kh.K. Toirov
Chair of Propaedeutics Internal diseases Avicenna TSMU

The data of literature devoting to disability, quality of life, survival, and costs of treatment of patients with rheumatic diseases were presented. Continuously increasing interest in diseases of musculoskeletal system, the significant spread of rheumatic diseases, high temporal and permanent disability determined a large social significance of this pathology. Expanding our knowledge in medical and social importance of rheumatic diseases will contribute to development of recommendations for reducing of morbidity in interaction of all concerned parties.

Key words: rheumatic disease, disability

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Шукурова Сурайё Максудовна – заведующая кафедрой пропедевтики внутренних болезней ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. Бухоро, д. 50, кв. 52
E-mail: s_shukurova@mail.ru