

## ТРИБУНА РЕВМАТОЛОГА

УДК: [616.72-002.77+616.72-002.775] (470.22)

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ\*

Н.Н. Везикова, В.К. Игнатъев, И.М. Марусенко, О.Ю. Варга  
Петрозаводский государственный университет, г. Петрозаводск

## Резюме

**Цель.** Анализ распространенности ревматоидного артрита (РА) и остеоартроза (ОА) в Республике Карелия (РК).

**Результаты.** В 2000 г по сравнению с 1998 и 1999 гг. в РК выявлен рост общей заболеваемости болезнями костно-мышечной системы. Однако показатели общей заболеваемости были более низкими по сравнению с Россией в целом. Самой частой формой суставной патологии являлся ОА, на долю которого приходится от 60 до 80 % всех ревматических болезней. Первичная заболеваемость ОА в РК превышала среднюю первичную заболеваемость по России. Самые высокие показатели выявлены в крупных промышленных центрах. Распространенность РА в Карелии сопоставима с показателями по России и не увеличивается в течение 1998-2000 гг.

**Заключение.** Высокая распространенность болезней костно-мышечной системы обуславливает возрастание медико-социальных и экономических потерь общества. Поэтому важна разработка программ по ранней диагностике, своевременному и эффективному лечению, первичной и вторичной профилактике этих заболеваний с учетом климато-географических и производственных условий.

**Ключевые слова:** остеоартроз, ревматоидный артрит, эпидемиология, Республика Карелия.

Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (БКМС), относимые к XIII классу МКБ-Х, составляют основную группу РБ и включают воспалительные и дегенеративные заболевания суставов и позвоночника, системные поражения соединительной ткани, остеопороз. Первое десятилетие нового тысячелетия Всемирной Организацией Здравоохранения объявлено Декадой патологии костей и суставов, так как именно БКМС являются наиболее распространенными заболеваниями современного человека, существенно ухудшающими качество жизни больных в связи с наличием хронического болевого синдрома, нарушающими их функциональную активность, приводящими к ранней инвалидизации лиц трудоспособного возраста и оказывающими значительную медико-социальную и экономическую нагрузку на общество [1].

Одним из направлений Декады является определение факторов риска БКМС, в том числе, климато-географических и производственных, действующих в различных регионах. Детальное изучение факторов риска позволит шире применять на практике уже имеющиеся в арсенале ревматологов достаточно эффективные меры профилактики и терапии РБ [1].

Высокая распространенность и рост первичной заболеваемости, длительная временная нетрудоспособность и высокая частота инвалидизации больных должна привлечь внимание не только медицинских работников, но и администрации республик, областей, районов для совместной разработки мероприятий по снижению медико-социальной и экономической нагрузки РБ на общество.

Республика Карелия (РК) находится на северо-западе России, граничит на западе с Финляндией, на севере - с Мурманской, на востоке - с Архангельской и на юге - с Ленинградской и Вологодской областями, занимает территорию в 172,4 тыс. кв. км. Численность населения РК в

2000 г составила 766,4 тыс. человек. За последние 5 лет отмечено уменьшение численности населения на 23 тыс. человек (2,2 %). Основные сферы производства РК - лесопромышленный комплекс, бумагоделательные и горно-обогатительные комбинаты.

В настоящее время в республике, как и в целом по России, констатируется рост показателей общей заболеваемости РБ, регистрируемой Госстатистикой по обращаемости пациентов в поликлиники (отчетная форма МЗРФ №12). В 2000 г было зарегистрировано более 12 тыс. больных XIII класса, что на 25,2% превосходит количество больных в 1998 г. Показатель общей ревматологической заболеваемости на 100 тыс населения достиг в 2000 г 2300; в 1998 г он равнялся 2060, т.е. прирост общей заболеваемости за 3 года составил 11,7%. 3-летний рост показателя первичной заболеваемости, определяемой количеством пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом, составил 17,2%: он увеличился с 640 до 750 на 100 тыс населения.

Для обсуждения возможного влияния климато-географических и производственных факторов РК на заболеваемость РБ, мы сопоставили общую и первичную заболеваемость БКМС в Карелии с аналогичными данными по России [2]. В РК отмечены более низкие показатели общей и первичной заболеваемости БКМС по сравнению с Россией в целом. Так, общая заболеваемость БКМС по России на 100 тыс населения в 1999 г составила 8260 чел, тогда как в Карелии - 2030 чел, первичная заболеваемость - соответственно 2930 и 690 чел на 100 тыс населения [2]. Эти различия, наиболее вероятно, обусловлены низкой обращаемостью больных за медицинской помощью и несвоевременной диагностикой БКМС в отдаленных районах республики, что объясняется плохой обеспеченностью данных районов квалифицированными медицинскими кадрами. Однако

прирост первичной заболеваемости за 3 года превысил российский показатель практически в два раза: в Карелии он составил 17,2%, в России - 9,7%.

Самой распространенной формой суставной патологии является остеоартроз (ОА), на долю которого приходится от 60 до 80% всех РБ. Распространенность ОА среди всех возрастов в мире составляет в среднем 6-7%, среди людей пожилого возраста 12-14%, а у лиц старше 70 лет достигает 85-97%. На сегодняшний день данная патология выходит на лидирующее место среди всех заболеваний в обществе. Несмотря на то, что ОА не является смертельным заболеванием, он оказывает значительную медико-социальную и экономическую нагрузку на общество, приводя к ранней инвалидизации больных и ухудшению качества жизни. В РК неуклонно происходит старение населения, с чем связан рост заболеваемости ОА. Так, в 1998 г общая заболеваемость ОА составила 1440 на 100 тыс. населения, к 2000 г она выросла на 27,8% и достигла соответственно 1840 на 100 тыс. Прирост показателя первичной заболеваемости ОА за последние 3 года на 100 тыс населения составил 41,9%.

Высокие темпы роста общей и первичной заболеваемости ОА должны привлечь внимание врачей всех специальностей, в первую очередь, терапевтов, с позиции необходимости овладения ими методами ранней диагностики, адекватной терапии и возможности проведения мероприятий по экономически обоснованным схемам первичной и вторичной профилактики ОА. Первичная заболеваемость ОА в РК превышает среднюю первичную заболеваемость ОА по России. Так, в 1998 г она составляла по России 300 человек на 100 тыс. населения, тогда как в Карелии в - 430, а в 2000 г - 610 чел на 100 тыс населения.

В состав РК входят 19 административных единиц, отличающихся по климато-географическим и экономическим условиям. Нами проанализированы показатели заболеваемости ОА в различных регионах. Самые высокие показатели выявлены в столице г. Петрозаводске и г. Кондопоге, промышленном центре в 60 км от г. Петрозаводска. Так, в Петрозаводске первичная заболеваемость ОА в 2000 г составила 1010 чел, в Кондопоге - 1670 чел на 100 тыс. населения. В ряде районов, где основными сферами производства являются лесозаготовка и деревообработка, требующие тяжелого физического труда в неблагоприятных климатических условиях, показатели заболеваемости оказались мень-

ше, чем в среднем по республике (470 чел на 100 000). На наш взгляд, эти низкие показатели не отражают истинной заболеваемости ОА, что, вероятно, обусловлено плохой диагностикой данной патологии на местах. Диагноз ОА не всегда выносится даже в раздел сопутствующих заболеваний.

Нами не выявлено роста показателей общей и первичной заболеваемости ревматоидным артритом (РА): первая сохраняется на уровне 260, вторая - 20 на 100 тыс. Это, скорее всего, связано с правильной и своевременной диагностикой серонегативных артритов, которые ранее трактовались как РА, а в настоящее время выделяются в отдельную статистическую группу. Распространенность РА в Республике на 2000 г составила 0,2%. Наши данные сопоставимы с ранее полученными эпидемиологическими: так распространенность РА по различным регионам бывшего Союза колебалась от 0,12 до 0,7% ( в среднем - 0,42%) [3].

Таким образом, знание о возрастающих медико-социальных и экономических потерях общества, обусловленных высокой распространенностью и первичной заболеваемостью БКМС, должно привлечь внимание врачей всех специальностей и помочь создать экономически обоснованные программы. Создание таких программ врачами совместно с администрацией районов и региона в целом позволит снизить заболеваемость, расходы на лечение и нетрудоспособность и улучшить качество жизни людей, страдающих БКМС.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вялков А.И., Гусев Е.И., Зборовский А.Б., Насонова В.А. Основные задачи Международной декады (The Bone and Joint Decade 2000-2010) в совершенствовании борьбы с наиболее распространенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата в России. Научно-практич ревматол., 2001, 2, 4-8
2. Насонова В.А., Фоломеева О.М. Медико-социальное значение XIII класса болезней для населения России. Научно-практич. Ревматол., 2001, 1, 7-11.
3. Ревматические болезни. Руководство для врачей под ред. Насоновой В.А., Бунчука Н.В. М., Медицина, 1997.

Поступила 30.04.02