

Според оценка на СЗО (WHO – 2003), заболяванията на опорно-двигателния апарат са най-честата причина за инвалидизация. Те са най-разпространените хронични заболявания в Европа [15]. Около 50% от възрастното население има ревматични болки в продължение на най-малко една седмица в месеца. Смята се, че около 40% от жените над 50 години ще имат различни остеопорозни фрактури [6]. Между 15 и 20% от населението на Европа страдат от някаква форма на ревматична болест [5]. Едно мащабно холандско проучване установява, че 1 от всеки 5 човека на възраст над 20 години има ревматични оплаквания [7]. 32% от австралийците имат артрит или друго мускулно-скелетно страдание, като най-чести са болките в гърба – 20.8%, и различните форми на

артрит – 13.6%. Около 5.7% от населението вземат пенсия за инвалидност, свързана с мускулно-скелетен проблем или ревматична болест. В Швеция разходите за заболяванията на опорно-двигателния апарат са 23% от общата стойност на заболяванията, като 90% са косвени (главно отпусък по болест и ранно пенсиониране) и 10% са преки [12]. ОА е най-честата форма на ставно заболяване. Тя става все по-актуален медицински и социален проблем във връзка със застаряващото население и увеличената продължителност на живота [7].

Честотата и разпространението на ревматичните заболявания са определени от СЗО в европейските страни като разрастващ се проблем (табл. 1 и 2) [13, 14].

Таблица 1. Честота на мускулно-скелетни заболявания при мъжете в зависимост от възрастта

Заболяемост на 100 000 мъже								
Възраст (год.) \ Състояние	0-15	16-24	25-44	45-64	65-74	≥ 75	Всички възрасти	Ранг-тежест
Възпалителни артрити	8 *	13	25	45	49	64	32	6
Анкилозиращ спондилит	1	16	23	8	4	4	12	7
Подагра	–	10	360	910	1500	1480	760	4
Системен лупус	0	0	1	5	2	0	2	8
Склеродермия	–	–	–	–	–	–	0.1	9
Артроза	–	70	400	2670	4520	5350	1970	3
Болки в гърба	290	1860	3680	4550	3940	4220	3684	2
Мекотъкнен ревматизъм	910	1640	3360	5740	5830	5540	4100	1
Фрактури на бедрената кост	–	7	13	41	184	602	68	5

* Ювенилен артрит

Оценките са за европейския генотип население, получени от изследвания в Европа и Северна Америка.

Таблица 2. Честота на мускулно-скелетни заболявания при жените в зависимост от възрастта

Заболяемост на 100 000 жени								
Възраст (год.) \ Състояние	0-15	16-24	25-44	45-64	65-74	≥ 75	Всички възрасти	Ранг-тежест
Възпалителни артрити	16 *	33	53	93	97	49	71	6
Анкилозиращ спондилит	1	4	5	3	1	0	3	8
Подагра	–	20	40	170	450	640	200	5
Системен лупус	3	4	7	13	5	3	8	7
Склеродермия	0	–	–	–	–	–	0.6	9
Артроза	–	60	580	3840	6480	7410	3170	3
Болка в гърба	460	2290	4610	5660	5000	4720	4670	2
Мекотъкнен ревматизъм	900	2290	4130	7260	6240	5380	5010	1
Фрактури на бедрената кост	–	8	5	52	305	1509	213	4

* Ювенилен артрит

Оценките са за европейския генотип население, получени от изследвания в Европа и Северна Америка.

Проведени са много проучвания, които търсят взаимовръзката между различните компоненти, влияещи на разпространението на ревматичните болести – възраст, пол, етнос, икономическо състояние на индивида и др.

Шест италиански ревматологични амбулаторни центъра участват в проучване, имащо за цел да се определи структурата на заболяванията и характеристиките на болните, преминали през тях. Включени са амбулаторни пациенти с ревматологични диагнози на възраст над 16 години и класифицирани според МКБ – девета ревизия. Проучени са 3537 пациенти на средна възраст 56 ± 14.8 год., от които 2604 (73.6%) са жени. Възпалителни ставни заболявания са диагностицирани при 40.4%, заболявания на съединителната тъкан – 14.4%, дегенеративни ставни и заболявания на гръбначния стълб – 21.4%, ревматизъм на меките тъкани – 18.5%, и метаболитни костни заболявания – при 5.3%. Има значителна разлика между центровете в честотата на диагнозите: академичните центрове се посещават от повече пациенти с артрит и заболявания на съединителната тъкан и по-малко от пациенти с дегенеративни заболявания, ревматизъм на меките тъкани и метаболитни заболявания на костите. Заболявания на съединителната тъкан по-често се наблюдават в италианските центрове, докато ревматизъм на меките тъкани превалява в чужбина [3]. Проучванията по диагнози от ревматологични центрове могат да бъдат полезни за определяне тежестта на ревматичните заболявания върху здравната система, планирането на здравните дейности на национално ниво.

В Клиничния изследователски център за костни и ставни заболявания – Белгия, се оценява разпространението на ревматичните болести в ревматологичните извънболнични практики. 6264 ревматологични диагнози са поставени при 3751 пациенти, от които 1097 първични. 69% от всички пациенти са жени. Възпалителни ставни и заболявания на гръбначния стълб са диагностицирани при 42% (включително 5% заболявания на съединителната тъкан), ревматизъм на меките тъкани – 37%, дегенеративни ставни заболявания на гръбначния стълб – 36%, и метаболитни костни заболявания – 17%. При прегледаните болни ревматизъм на меките тъкани е най-широко разпространен (51%), 45% имат остеоартроза, 24% са с възпалителни ставни заболявания на гръбначния стълб (включително 2% със заболяване на съединителната тъкан) и 13% с метаболитно костно заболяване. Един от всеки 10 нови болни е бил с ревматоиден артрит. Разпространението на възпалителни ревматични

заболявания при вторичните прегледи е по-високо (49%, включително и 6% при заболявания на съединителната тъкан). 28% от вторичните прегледи са с ревматоиден артрит. Артроза присъства при 33%, а метаболитните костни заболявания – при 19% от вторичните прегледи. Ревматизъм на меките тъкани и дегенеративните болести на ставите и гръбначния стълб са най-честите ревматологични диагнози в ревматологичните извънболнични практики. Възпалителни ревматични заболявания са най-често срещани при вторичните прегледи [16].

Проведено в Испания мултицентрово проучване на амбулаторно болни от всички ревматологични клиники на галисийските здравни заведения анализира заболяемостта. Изследвани са общо 1357 амбулаторни пациенти (422 нови и 935 вторични). Средната възраст е 55.1 ± 15.6 и 56.9 ± 16.7 год. 22.5% от новите пациенти са имали възпалително ставно заболяване, а 77.5% са с невъзпалителни нарушения. Възпалителните заболявания са 63.4% от общия брой вторични прегледи. Тази група са показали по-висок резултат на HAQ и има по-голяма честота на болните с трайна неработоспособност. Болните с възпалително заболяване изискват по-дълги консултации от останалите пациенти [10].

Констатациите от цитираните проучвания са, че най-чести диагнози в европейските ревматологични практики са мекотъканият ревматизъм, следван от болките в гърба и артрозната болест. Дегенеративните ставни заболявания са по-чести от възпалителните артропатии и колагенозите. Те консумират по-малко преки разходи на пациент в здравеопазването, но непреките и личните разходи са значителни поради големия им обем и високия процент инвалидизация.

Целта на обширно мексиканско проучване, ориентирано по програма за контрол на ревматични заболявания – COPCORD, е да се оцени разпространението на ревматичните заболявания в 5 региона на Мексико. В проучването са включени 19 213 лица. 11 602 (68.8%) са жени на средна възраст 42.8 години. Разпространението на ревматичната болка е 25.5%, със значителни вариации (от 7.1% до 43.5%) в целия географски регион. Разпространението на остеоартрозата е 10.5%, болки в гърба – 5.8%, ревматични регионални синдроми за болка – 3.8%, ревматоиден артрит – 1.6%, фибромиалгия – 0.7%, и подагра – 0.3%. Разпространението е свързано с по-напредналата възраст и женския пол [9].

Доклад на Chopra и сътр. се съсредоточава върху същата програма. COPCORD е проектиран да събира данни от общността за болката и хо-

рата с увреждания в развиващите се икономики. Спектърът и тежестта на ревматичните заболявания не са сходни. Прогнозата в развиващите се страни е влошена от некачествената ревматологична помощ и тежките социални условия [4].

Фибромиалгията е сериозен интердисциплинарен медицински проблем, на който в последно време се обръща все повече внимание. В САЩ са диагностицирани 3,7 млн. болни, или около 2% от населението на страната. Разходите за тази нозология са повече непреки и нематериални, свързани със социалната адаптация на болните и проблемите в личен план [8]. Фибромиалгичният синдром стана актуален интердисциплинарен проблем в последно време и неговото разпространение сред популацията е цел на няколко студии.

В Университетска болница Pellegrin, Бордо, е направено проучване, за да се оцени разпространението на фибромиалгичния синдром (FM) сред населението на Франция. Използвана е френска версия на Лондонския въпросник за фибромиалгия в епидемиологичните изследвания — LFESSQ. Въз основа на резултатите разпространението на FM е оценено на 2.2% сред френското население [1].

Със същата методика е проведено изследване в 5 европейски страни (Франция, Германия, Италия, Португалия и Испания), имащо за цел да се проучи разпространението на FM в общата популация. Проучването оценява цялостното разпространение на FM в рамките на 4.7% и съответно 2.9% в общата популация, като установява, че то е свързано с възрастта и пола и варира в различните страни [2].

Едно проучване на Shleyfer прави оценка на точността на диагнозата FM от семейни лекари. В периода на проучването 646 нови пациенти са били наблюдавани в клиниката по ревматология. От 196 пациенти с първоначална диагноза FM консултантът ревматолог потвърждава тази диагноза в 71% от случаите [11].

Констатациите от прегледа на публикациите относно структурата на ревматичните заболявания, регистрирани в доболничната ревматология на различните страни, варира като нозология, но обобщеният анализ показва превес на различните болкови синдроми (най-често дорзопатии, мекотъканен ревматизъм и артроза), следвани от възпалителните ставни заболява-

ния. Констатира се също така недобро познаване на фибромиалгичния синдром от ОПЛ и неправилен подход към проблема.

Библиография

1. Bannwarth, B. et al. Fibromyalgia syndrome in the general population of France: a prevalence study. – *J. Bone Spine*, **76**, 2009, № 2, 184-187.
2. Branco, J. C. et al. Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. – *Semin. Arthritis Rheum.*, **39**, 2010, № 6, 448-453.
3. Cimmino, M. A. et al. Frequency of musculoskeletal conditions among patients referred to Italian tertiary rheumatological centers. – *Clin. Exp. Rheumatol.*, **24**, 2006, № 6, 670-676.
4. Choi, H. K., J. D. Seeger et K. M. Kuntz. A cost-effectiveness analysis of treatment options for patients with methotrexate-resistant rheumatoid arthritis. – *Arthritis Rheum.*, **43**, 2000, 2316.
5. Doan, Q. V., C. F. Chiou et R. W. Dubois. Review of eight pharmacoeconomic studies of the value of biologic DMARDs (adalimumab, etanercept, and infliximab) in the management of rheumatoid arthritis. – *J. Manag. Care Pharm.*, **12**, 2006, № 7, 555-569.
6. European Bone and Joint Health Strategies Project Report: European Action Towards Better Musculoskeletal Health (Lund University Hospital, 2000).
7. Gröndal, G. Biological treatment of rheumatic diseases in Iceland. Lecture at Rheuma Conference in 2007.
8. Harris, R. E. et D. J. Clauw. How do we know that the pain in fibromyalgia is "real"? – *Curr. Pain Head. Rep.*, **10**, 2006, 403-407.
9. Peláez-Ballestas, I. et al. Grupo de Estudio Epidemiológico de Enfermedades Músculo Articulares (GEEMA). Epidemiology of the rheumatic diseases in Mexico. A study of 5 regions based on the COPCORD methodology. – *J. Rheumatol.*, **86**, 2011, Suppl., 3-8.
10. Rodríguez Gómez, M. et al. Grupo Gallego de Estudio Epidemiológico de Enfermedades Reumáticas [Clinical activity in outpatient rheumatology clinics in Galicia (Spain)]. – *Reumatol. Clin.*, **2**, 2006, № 5, 239-246.
11. Sheehan, N. J. Magnetic resonance imaging for low back pain: indications and limitations. – *Postgrad. Med. J.*, **86**, 2010, № 1016, 374-378.
12. Suter, L. G., L. Fraenkel et E. S. Holmboe. What factors account for referral delays for patients with suspected rheumatoid arthritis? – *Arthritis Rheum.*, **15**, 2006, № 2, 300-305.
13. Symmons, D. Epidemiologic concepts and rheumatology. – In: *Rheumatology*, 3rd ed. M. C. Hochberg et al. (Eds.). Mosby, 2003, Chapter 3, 13-20.
14. The World Health Report 2004. Geneva, World Health Organization, 2004.
15. The European Health Report 2005. Public Health Action for Healthier Children and Populations. Denmark: WHO Regional Office for Europe, 2005.
16. Vanhoof, J., K. Declerck et P. Geusens. Prevalence of rheumatic diseases in a rheumatological outpatient practice. – *Ann. Rheum. Dis.*, **61**, 2002, № 5, 453-455.

Постъпила за печат на 30 март 2013 г.