

## Artroos – kas arstid saavad aidata?

**Riina Kallikorm** – TÜ sisekliinik

Liigesehaiguste esinemissagedus on suur ja osteoartroos (edaspidi artroos) on kujunemas kõige sagedasemaks haiguseks rahvastikus. Suurbritannias on 1,3–1,75 miljonit artroosihaiget. Prantsusmaal saab artroosi diagnoosi 6 miljonit inimest aastas (1).

Eestis on reumatoloogilise esmashaigestumise sagedus kõikide haigusklasside arvestuses 100 000 inimese kohta 4. kohal (2). Luu-lihaskonna haiguste sageduse kasv Eestis on valdavalt seotud artroosi sagedasema diagnoosimisega. Nii registreeriti 2001. a artroosikoodiga (M 15–19) 14 039 uut haiget (naiste-meeste suhe 2 : 1), mis on ligi 3000 võrra enam kui 1999. a. Möödunud sajandivahe- tusel olid Eestis lihaskonna- ja sidekoehaigused

esmase vaegurluse põhjuseks 11%-l juhtudest (3). Märkimisväärne on liigesevaevuste hulk perearstide külastuse põhjusena. 2001. aastal oli Tartu ühe perearstikeskuse andmetel (10 000 inimest) 11,2% külastustest tingitud liigesehaigustest (4). Erinevalt mitmest teisest haigusrühmast tekitavad liigesehaigused vaegurlust, mis põhjustab füüsilist, sotsiaalset ja materiaalselt kahju (5).

Artroos on klassikaliseks haiguse näiteks, mis piinab ja invaliidistab, olemata eluohtlik. Sellest tõvest tingitud terviseprobleemid ei põhjusta üldjuhul eluea lühenemist. Rahvastikus esineb artroosi 10–20%. Haiguse diagnoosimine sageneb aasta-aastalt, seda põhjendatakse keskmise eluea kasvu ja vanemaeliste osakaalu



## Kirjandus

1. Reginster J-Y. The prevalence and burden of arthritis. *Rheumatol* 2002; 41:3-6.
2. Eesti tervishoiustatistika 2000 - 2001. Tallinn; 2002. lk.37.
3. Eesti rahva tervis 1991-2000. Tartu; 2002. lk.84-8.
4. Treial M. Liigeshaigete elust perearsti pilguga. Ettekanne konverentsil "Kliinik 2002" (publitseerimata andmed).
5. Reginster J-Y, Khaltayev NG. Introduction and WHO perspective on the global burden of musculoskeletal conditions. *Rheumatol* 2002;41:1-2.
6. Eesti tähtsamad tervisenäitajad. Detsember 2002.
7. Scott DL, Shipley M, Dawson A, Edwards S, Symmons DPM, Woolf AD. The clinical management of rheumatoid arthritis and osteoarthritis: strategies for improving clinical effectiveness. *Brit J Rheum* 1998;37:546-54.
8. Weinberger M, Tierney WM, Booher P, Katz BP. Can the provision of information to patients with osteoarthritis improve functional status? A randomised, controlled trial. *Arthr Rheum* 1989;32:1577-83.
9. Fisher MN, Gresham G, Pendergast DR. Effects of a quantitative progressive rehabilitation program applied unilaterally to the osteoarthritic knee. *Arch Phys Med Rehabil* 1993;74:1319-26.
10. Rovati LC. Symptom modification and disease modification by glucosamine sulfate in osteoarthritis: effect size, target populations and pharmacoeconomic insights. Third International Symposium on Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis. Barcelona, 7-9 November 2002. p.10-2.
11. Reginster JY, Deroisy R, Rovati LC, et al. Long term effects of glucosamine sulphate on osteoarthritis progression: a randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet* 2001;357:251-6.