

Заболеваемость населения России острой ревматической лихорадкой и хроническими ревматическими болезнями сердца (2011–2012 гг.)

Р.М. Балабанова

ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия
115522, Москва, Каширское шоссе, 34А

Обсуждаются проблемы острой ревматической лихорадки (ОРЛ) и хронических ревматических болезней сердца (ХРБС). Основными клиническими проявлениями ОРЛ, обусловленной β -гемолитическим стрептококком группы А, являются кардит, полиартрит, кольцевидная эритема, подкожные узелки, хорея. После первого эпизода ОРЛ у 60–65% больных развиваются пороки сердца. Повторные атаки ОРЛ способствуют возникновению ХРБС.

Цель исследования — оценка распространенности ревматических заболеваний сердца в различных возрастных группах в регионах Российской Федерации (РФ) за 2011–2012 гг.

Материал и методы. Проанализированы отчеты Минздрава России о заболеваемости населения за 2011–2012 гг. (форма №12).

Результаты исследования. Наиболее высокой распространенность ОРЛ оказалась у подростков 15–17 лет, самой низкой — у взрослых старше 18 лет. Самые низкие показатели ХРБС отмечены в младшей возрастной группе, а наиболее высокие — у взрослых. В 31 субъекте РФ не выявлено ни одного случая ОРЛ у детей 0–14 лет, в 17 субъектах наблюдались единичные случаи, в 37 субъектах у подростков 15–17 лет не отмечено случаев ОРЛ и в 23 субъектах зафиксировано по 1–2 случая ОРЛ. У взрослого населения лишь в 10 субъектах не зарегистрировано случаев ОРЛ, и в 22 субъектах они были единичными. Крайне неблагоприятная ситуация отмечается в Чеченской республике, где среди детей 0–14 лет зафиксировано 140 случаев ОРЛ, и в Дагестане — 149 случаев. Среди подростков 15–17 лет высокие показатели заболеваемости выявлены в Калининградской области (83 случая) и Чеченской республике (100). Среди взрослого населения случаи ОРЛ чаще регистрировались в Санкт-Петербурге (124 случая), Чеченской республике (154) и Московской области (161).

Указаны меры профилактики ОРЛ и ХРБС.

Ключевые слова: острая ревматическая лихорадка; хроническая ревматическая болезнь сердца; заболеваемость; профилактика.

Контакты: Римма Михайловна Балабанова; balabanova@irramn.ru

Для ссылки: Балабанова Р.М. Заболеваемость населения России острой ревматической лихорадкой и хроническими ревматическими болезнями сердца (2011–2012 гг.). Современная ревматология. 2014;(1):14–17.

The incidence of acute rheumatic fever and chronic rheumatic heart disease in the Russian population (2011–2012)

R.M. Balabanova

V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow, Russia
Kashirskoye shosse 34A, Moscow, 115522 Russia

The problems of acute rheumatic fever (ARF) and chronic rheumatic heart disease (CRHD) are discussed. Carditis, polyarthrititis, erythema annulare, subcutaneous nodules, and chorea minor are the main clinical manifestations of ARF caused by β -hemolytic streptococcus A. Cardiac failures emerge in 60–65% of patients after the first ARF episode. Repeated ARF attacks promote CRHD.

The aim of the study is to evaluate the prevalence of rheumatic heart disease in different age groups in the regions of Russian Federation in 2011–2012.

Materials and Methods. Analysis of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation reports on population morbidity in 2011–2012 (Form N12).

Results. The highest ARF prevalence was observed in 15–17-year-old teenagers, while the lowest, in adults over 18-year-old. The lowest CRHD figures were registered in juniors, while the highest ones, in adults. No ARF cases in 0–14-year-old children were registered in 31 entities of the Russian Federation; single cases, in 17 entities; no ARF cases in 15–17-year-old teenagers was registered in 37 entities, and 1–2 ARF cases were registered in 23 entities. Only in 10 entities, no ARF cases were registered in adults, and single cases were registered in 22 entities. Extremely unfavorable situations were found in the Chechen Republic (140 ARF cases in 0–14-year-old children) and in the Dagestan Republic (140 cases). High morbidity among 15–17-year-old teenagers was registered in the Kaliningrad region (83 cases) and the Chechen Republic (100). ARF cases in adults were most frequent in St. Petersburg (124 cases), the Chechen Republic (154), and the Moscow region (161).

The article lists the ARF and CRHD preventive measures.

Keywords: acute rheumatic fever; chronic rheumatic heart disease; morbidity; prophylaxis; preventive measures.

Contacts: Rimma Balabanova balabanova@irramn.ru

Reference: Balabanova RM. The incidence of acute rheumatic fever and chronic rheumatic heart disease in the Russian population (2011–2012). *Modern Rheumatology Journal*. 2014;(1):14–17.
DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1996-7012-2014-1-14-17>

В медицинской периодике последних лет сравнительно мало уделяется внимания проблемам острой ревматической лихорадки (ОРЛ) и хронических ревматических болезней сердца (ХРБС). Однако проблемы эти существуют и немаловажную роль здесь играет то, что «за последние десятилетия произошла значительная метаморфоза заболевания и выросло не одно поколение врачей, которые не видели больных с истинной ОРЛ» [1]. ОРЛ – аутоиммунное заболевание, возникающее после фарингита, вызванного β -гемолитическим стрептококком группы А (β -ГСА). Основными клиническими проявлениями ОРЛ являются кардит, полиартрит, кольцевидная эритема, подкожные узелки, хорея [2]. После первого эпизода ОРЛ у 60–65% больных развиваются пороки сердца. Повторные атаки ОРЛ способствуют развитию хронической ревматической болезни сердца (ХРБС), которая нередко приводит к появлению сердечной недостаточности с последующей необходимостью хирургического вмешательства. Сердечная недостаточность может осложняться фибрилляцией предсердий, инсультом, инфекционным эндокардитом, ухудшать течение беременности. Все это способно привести к неблагоприятному исходу болезни, особенно у пациентов в развивающихся странах [3].

Анализируя показатели распространенности и первичной заболеваемости ОРЛ в разных странах, в том числе в России, можно отметить их значительное снижение [1]. Этому способствовало совершенствование диагностики и программы профилактики ОРЛ. Однако не следует забывать о том, что происходит мутация этиологического фактора – β -ГСА, формируется устойчивость к наиболее часто используемым антибиотикам, что может приводить к новым вспышкам этой инфекции. Немаловажным является также усиление миграционных потоков, туристической активности в странах с высокой заболеваемостью, обусловленной β -ГСА. Значительная заболеваемость ОРЛ среди аборигенов Австралии, а также стран Африки и других слаборазвитых стран [4, 5]. Многие авторы указывают, что первые эпизоды ОРЛ наиболее характерны для детей 5–14 лет, редки у детей до 2 лет и у взрослых после 35 лет [6]. Считается, что в странах с высоким уровнем жизни ОРЛ практически не встречается, однако и здесь возникают спорадические вспышки ОРЛ [5].

Цель настоящей публикации – оценка распространенности ревматических заболеваний сердца в различных возрастных группах в регионах Российской Федерации (РФ) за 2011–2012 гг.

Материал и методы. Проанализированы отчеты Минздрава России о заболеваемости населения за 2011–2012 гг. (форма №12).

Результаты исследования. В первую очередь была оценена общая и первичная заболеваемость (общее количество зарегистрированных больных) ОРЛ в РФ среди детей младшего возраста (от 0 до 14 лет) и подростков (15–17 лет). У детей младшего возраста общая заболеваемость по обращаемости в лечебные учреждения по РФ снизилась с 726 случаев в 2011 г. до 524 в 2012 г. Однако первично заболевших стало больше: 524 в 2012 г. против 317 в 2011 г. Ана-

лиз заболеваемости ОРЛ среди детей младшего возраста по федеральным округам (ФО) показал, что в 2012 г. число заболевших колебалось от 10 в Дальневосточном ФО (ДВФО) до 61 в Приволжском ФО (ПФО). Обращает на себя внимание большое число заболевших детей в Северо-Кавказском ФО (СКФО) – 489 в 2011 г. и 316 в 2012 г., при этом рост показателей отмечался за счет заболеваемости в Дагестане (295 и 149 случаев соответственно) и Чеченской республике (154 и 140 случаев). Следует отметить, что в 31 субъекте РФ не зарегистрировано ни одного случая ОРЛ в этой возрастной группе.

Общая распространенность (число больных на 100 тыс. населения соответствующего возраста) ОРЛ среди детей младшего возраста в РФ составляла в 2011 и 2012 гг. 3,3 и 2,4. По ФО этот показатель колебался от 0,6 до 1,5, но был значительно выше, особенно в 2012 г., в Дагестане (20,3); Ингушетии (10,2); Кабардино-Балкарии (8,4) и Чеченской республике (32,7). Первичная распространенность по РФ в 2011 и 2012 гг. составляла 1,4 и 2,4. По СКФО – 6,9 и 14,8, что значительно превышало общероссийские показатели.

Общая заболеваемость ОРЛ среди подростков в РФ была 413 в 2011 г. и 332 в 2012 г., в основном за счет показателей в СКФО: 245 и 143 соответственно. Первичная заболеваемость ОРЛ в этой возрастной группе в РФ была 218 и 332, т. е. увеличилась в 2012 г. по сравнению с предыдущим годом, опять же за счет заболеваемости в СКФО: 89 и 143. В 2012 г. наибольшее число первично заболевших ОРЛ подростков было в Калининградской области (83) и Чеченской республике (100).

Общая распространенность ОРЛ среди подростков в РФ снизилась с 9,4 в 2011 г. до 7,7 в 2012 г. Значительно выше по сравнению с общей по РФ распространенностью ОРЛ среди подростков были показатели в СКФО: 57,6 случаев в 2011 г. и 34,1 (несколько ниже) в 2012 г. В остальных ФО эти показатели не превышали общероссийские.

Среди взрослого населения общая заболеваемость ОРЛ была значительно выше: в 2011 г. зафиксирован 2691 случай, в 2012 г. – 1666. Самые низкие показатели были в ДВФО (80 и 100 случаев соответственно) и Уральском ФО – УФО (88 и 67), высокие – в ПФО (930 и 427), СКФО (390 и 249); Центральном ФО – ЦФО (232 и 343), Северо-Западном ФО – СЗФО (305 и 203). В субъектах РФ в 2012 г. получены следующие показатели: 162 случая в Татарстане, 161 – в Московской области, 154 – в Чеченской республике, 124 – в Санкт-Петербурге. В большинстве субъектов РФ число взрослых больных ОРЛ колебалось от 10 до 63. Первичная заболеваемость ОРЛ среди взрослых в РФ несколько увеличилась: с 1605 случаев в 2011 г. до 1666 в 2012 г. Высокие показатели отмечены в ПФО – 625 случаев в 2011 г. и 427 в 2012 г.; в СКФО – 224 и 249 случаев; в Сибирском ФО – 180 и 161.

Общая распространенность ОРЛ среди взрослых в РФ несколько снизилась: с 2,1 в 2011 г. до 1,4 в 2012 г. Превышение общероссийского показателя отмечено лишь в СКФО – 5,7 и 3,6 соответственно. Первичная распростра-

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ненность ОРЛ в РФ составляла 1,4; она оказалась выше в СКФО — 3,2 и 3,6.

Вызывают озабоченность показатели заболеваемости ХРБС во всех возрастных группах населения РФ. В 2011 г. ХРБС зарегистрирована у 3741 ребенка в возрасте до 14 лет, этот показатель несколько снизился в 2012 г. — до 3334, при этом в СКФО было 2498 и 2276 заболевших соответственно, в том числе в Дагестане — 1643. Наименьшее число детей младшего возраста с ХРБС зарегистрировано в УФО (95 и 86) и ДВФО (93 и 83). Первичная заболеваемость ХРБС в этой возрастной группе за указанный период несколько снизилась: с 534 до 485.

Общая распространенность ХРБС среди детей младшего возраста была высокой — 17,0 и 15,0, в основном за счет

Распространенность ОРЛ и ХРБС в РФ в 2011 и 2012 гг.

Заболевание	Год	Возраст, годы		
		0–14	15–17	старше 18
ОРЛ	2011	3,3/1,4	9,4/5,0	2,1/1,4
	2012	2,4/2,4	7,7/7,7	1,4/1,4
ХРБС	2011	17,0/2,4	45,7/7,3	164,9/8,9
	2012	15,0/2,2	41,9/6,2	156,4/8,3

Примечание. В числителе — общая распространенность, в знаменателе — первичная.

показателей в СКФО — 117,8 и 106,7. В остальных субъектах РФ этот показатель в 2012 г. колебался от 2,8 в ЦФО до 8,0 в ДВФО. Первичная распространенность ХРБС у детей младшей возрастной группы в РФ достигала 2,4 и 2,2 в 2011 и 2012 гг. соответственно. Во всех ФО она была ниже общероссийской, за исключением СКФО, где этот показатель составлял 13,0 и 11,6.

Общая заболеваемость ХРБС среди подростков в 2011 г. достигала 2009 со снижением до 1805 в 2012 г., при этом основная часть заболевших приходилась на СКФО — 1118 и 1074, в основном за счет показателей в республике Дагестан (683). Самые низкие показатели были в УФО (68 и 48) и ДВФО (88 и 43). Распространенность впервые зарегистрированной ХРБС среди подростков в РФ составила в 2011 г. 321 и в 2012 г. 266, большой вклад в эти показатели вносит заболеваемость в СКФО (164 и 146 соответственно).

Общая распространенность ХРБС среди подростков в РФ достигала 45,7 и 41,9, причем по всем ФО она была ниже общероссийской, за исключением СКФО (262,9 и 256,3). Первичная распространенность ХРБС в этой возрастной группе в РФ составила 7,3 и 6,2, при этом существенна роль показателей в СКФО (38,6 и 34,8).

Заболеваемость ХРБС среди взрослого населения РФ за анализируемый период имела некоторую тенденцию к снижению с 192 256 случаев в 2011 г. до 182 286 в 2012 г. Наиболее высокие показатели в 2012 г. зафиксированы в ПФО (51 655) и ЦФО (42 012), самые низкие — в ДВФО (6359). Больных с впервые установленным диагнозом ХРБС в 2011 г. в РФ было 10 414, в 2012 г. наблюдалось некоторое снижение этого показателя — 9716. Более высокая первичная заболеваемость в 2012 г. зарегистрирована в ПФО — 2109, СКФО — 1780, ЦФО — 1682, СФО — 1182. Общая распространенность ХРБС в РФ имела тенденцию к снижению: с 164,9 в 2011 г. до 156,4 в 2012 г. Превышение среднероссийских показателей отмечено в СКФО — 245,0 и 247,1 соответственно.

Первичная распространенность ХРБС среди взрослых в РФ не претерпела существенных изменений и составила в 2011 и 2012 гг. 8,9 и 8,3. И лишь показатели в СКФО были выше и оставались таковыми в эти два года: 25,3 и 25,6. В 2012 г. самая низкая первичная распространенность ХРБС зафиксирована в ЦФО (5,2) и УФО (6,3).

Поскольку наблюдаются значительные различия в возрастном составе жителей РФ, в таблице представлены сравнительные показатели общей и первичной распространенности ОРЛ и ХРБС в расчете на 100 тыс. населения соответствующего возраста.

Как следует из таблицы, наиболее высокой была распространенность ОРЛ у подростков 15–17 лет, а самой низкой — у взрослых старше 18 лет. Иная ситуация наблюдалась при анализе распространенности ХРБС: самые низкие показатели отмечены в младшей возрастной группе, а наиболее высокие — у взрослого населения.

Обсуждение. В последние 50 лет как в нашей стране, так и странах Европы и Северной Америки исследований распространенности ОРЛ не проводилось. Имеются лишь публикации, в которых представлены эпидемиологические данные для отдельных регионов. В основном этой проблемой занимаются исследователи тех регионов, где это заболевание (его исход — ХРБС) наносит большой экономический ущерб. В популяции заболеваемость ОРЛ варьирует от 5 до 51 на 100 тыс., составляя в среднем 19 на 100 тыс. [6].

Какая же ситуация в регионах РФ, характеризующихся различными географическими, конфессиональными, экономическими условиями, обеспеченностью квалифицированными медицинскими кадрами и лекарствами? В 31 субъекте РФ не было ни одного случая ОРЛ у детей 0–14 лет, в 17 субъектах выявлены единичные случаи (1–2); в 37 субъектах у подростков 15–17 лет не отмечено случаев ОРЛ и в 23 субъектах зафиксировано по 1–2 случая ОРЛ. Что касается взрослого населения, то число таких благополучных регионов было значительно меньше: лишь в 10 субъектах не зарегистрированы случаи ОРЛ и в 22 они были единичными (1–3). Однако имеются крайне неблагоприятные регионы, в основном республики Северного Кавказа. Так, среди детей 0–14 лет в Чеченской республике было 140 случаев ОРЛ, в Дагестане — 149! Среди подростков 15–17 лет выделяются высокие показатели в Калининградской области (83 случая) и Чеченской республике (100!) Среди взрослого населения случаи ОРЛ чаще регистрировались в Санкт-Петербурге (124 случая), Чеченской республике (154) и Московской области (161).

Итальянские исследователи, обследовавшие в одном из центральных регионов страны детей и подростков до 18 лет, которые соответствовали критериям Джонса для ОРЛ, отметили увеличение случаев ОРЛ у детей 0–5 лет (14%) по сравнению с данными L.Y. Tani и соавт. [7]. Высокая распространенность ОРЛ в РФ выявлена у подростков 15–17 лет. По данным индийских авторов [6], у детей 5–14 лет регистрируется 336 тыс. новых случаев ОРЛ в год.

Распространенность ХРБС достаточно высока в России: в 2012 г. она составляла 15,0 на 100 тыс. у детей 0–14 лет,

О Р И Г И Н А Л Ь Н Ы Е И С С Л Е Д О В А Н И Я

41,9 у подростков 15–17 лет и 156,4 у взрослых. Распространенность ХРБС у детей 0–14 лет в регионах колебалась от 0,5 до 30, но была выше в СКФО: 71,1 – в Чеченской республике, 108,1 – в Кабардино-Балкарии, 224,3 – в Дагестане. Распространенность ХРБС в 2012 г. у подростков 15–17 лет в РФ составляла 41,9. Значительное превышение этих показателей отмечено в Новгородской (175,2), Астраханской (170,7) областях, Чеченской республике (286,7), Кабардино-Балкарии (361,2), Дагестане (441,2). Распространенность ХРБС у взрослого населения РФ в 2012 г. составила 156,4, превышение этого показателя отмечено в 40 регионах, но особенно высокая заболеваемость зарегистрирована в Чеченской республике (567,7) и Ингушетии (715,4). В Индии насчитывается около 2,5 млн больных ХРБС [6]. В странах Азии этот показатель у детей 5–14 лет составляет около 2 млн. Если экстраполировать эти цифры на все население планеты, то число больных ХРБС достиг-

нет 15,6–19,6 млн. Смертность больных ХРБС в США составляет около 1,5% в год, в экономически отсталых странах – от 3 до 12,5% [4].

Для предупреждения роста заболеваемости ОРЛ и ХРБС проводят эхокардиографическое обследование детей для выявления субклинической формы миокардита. Обязательна антибиотикотерапия фарингита, вызванного β-ГСА. Для профилактики повторных атак ОРЛ и лечения ХРБС предпочтение следует отдавать парентеральному введению бензатин пенициллина [4]. В Национальных рекомендациях по лечению ОРЛ и профилактике ХРБС также указана необходимость эрадикации β-ГСА с использованием бензилпенициллина в суточной дозе 1,5–4 млн ЕД у подростков и взрослых и 400–600 тыс. ЕД у детей в течение 10 дней с последующим переходом на бензатин бензилпенициллин. Важна ранняя и адекватная терапия для предупреждения развития ревматических пороков сердца.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Кузьмина НН, Медынцева ЛГ, Мовсисян ГР и др. Острая ревматическая лихорадка у детей: 50-летний опыт наблюдения (от прошлого к будущему). Научно-практическая ревматология. 2010;(1):9–14. [Kuz'mina NN, Medyntseva LG, Movsisyan GR, et al. Acute rheumatic fever in children: 50-years experience of follow-up (from the past to the future). Rheumatology Science and Practice. 2010;(1):9–14.]. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2010-1400>.
2. Белов БС. Острая ревматическая лихорадка и хроническая ревматическая болезнь. В кн. Ревматология. Национальное руководство. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2008. С. 400–18. [Belov BS. Ostraya revmaticheskaya likhoradka i khronicheskaya revmaticheskaya bolezn'. V kn. Revmatologiya. Natsional'noe rukovodstvo. Moscow: GEOTAR-Media; 2008. P. 400–18.]
3. Parnaby MG, Carapetis JR. Rheumatic fever in Indigenous Australian children. J Pediatrics Child Health. 2010;46(9):527P33. DOI: 10.1111/j.1440-1754.2010.01841.x.
4. Remenyi B, Carapetis J, Wiber R, et al. Position statement of the World Heart Federation on the prevention and control of rheumatic heart disease. Nat Rev Cardiol. 2013; 10(5):284–92. DOI: 10.1038/nrcardio.2013.34. Epub 2013 Apr 2.
5. Breda L, Marzetti V, Gaspari S, et al. Population-based study of incidence and clinical characteristics of Rheumatic Fever in Abruzzo, Central Italy, 2000–2009. J Pediatr. 2012;160(5):832–6. DOI: 10.1016/j.jpeds.2011.10.009. Epub 2011 Nov 20.6. Kumar RK, Tandon R. Rheumatic fever and rheumatic heart disease: the last 50 years. Indian J Med Res. 2013;137(4):643–58.
7. Tani LY, Veasy LG, Minich LL, Shaddy RE. Rheumatic fever in children younger than 5 years: is the presentation different? Pediatrics. 2003;112(5):1065–8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.112.5.1065>.