

РЕВМАТИЗМ СЕГОДНЯ — РЕГИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Хасанова Диёра Улугбековна

Студентка Ташкентской медицинской академии

Резюме: *Считается ли изучение ревматизма сегодня актуальной темой? Существует мнение, что – «не очень!». Однако в развивающихся странах, население которых составляет 2/3 мировой популяции, ревматизм, пороки сердца и стрептококковая инфекция верхних дыхательных путей представляют все еще нерешенную проблему. Даже в США угроза ревматизма не ликвидирована, что и было доказано вспышкой названной патологии среди солдат5 новобранцев и в школах некоторых штатов в конце 805х годов. Также подтверждает сказанное огромное число операций протезирования клапанов сердца во всех странах. А вот показания для этих операций нуждаются в уточнении. Это касается как тяжелых больных, имеющих СН 4, так и легких пациентов с бессимптомным течением порока. Россия по распространенности ревматизма входит в группу лидеров, уступая первенство лишь Китаю, Индии и некоторым странам Тихоокеанского бассейна. В Мордовии заболеваемость ревматизмом и пороками сердца у взрослых выше, а у детей значительно ниже, чем в Российской Федерации в среднем. Данные об очаговой инфекции в детском и подростковом возрасте позволяют предположить, что, возможно, одна из причин установленной диспропорции 5 в недостаточной подготовке педиатров и врачей общелечебной сети по ревматологии.*

Итак, проблема ревматизма существует, в России и в Мордовии, в том числе. Ее особенности следует изучать и далее. Эффективной организационной структурой для первичной и вторичной профилактики могут оказаться современные телемедицинские центры с мощной лабораторно инструментальной диагностической базой, ревматологическими регистрами и информационно5справочным электронным порталом.

Ключевые слова: *ревматизм, пороки сердца, эпидемиология, лечение, профилактика, телемедицина.*

Несмотря на то, что заболеваемость ревматизмом в последние десятилетия как будто снижается, проблема эффективной борьбы с ним остается актуальной. Тема ревматизма, клапанных пороков сердца и стрептококковой инфекции верхних дыхательных путей имеет особенно большое значение в развивающихся странах. Вопрос тем более важен, что население этих стран составляет 2/3 мировой популяции. Нельзя не обратить внимания на статистику. Ежегодная заболеваемость ревматизмом в развитых странах в настоящее время менее 1,0/100.000, но в

развивающихся – коэффициенты иные: от 1,0 в Коста Рике до 100 в Судане и даже до 150/100.00 в Китае. Привлекает внимание разброс данных у школьников в западной тихоокеанской области: в Новой Зеландии ревматическое поражение сердца установлено у 6,5 коренного населения (Маори), у 0,9 – не Маори, в Северной Австралии, 6, а в сравнительно близко расположенном Самоа – 77,8/100000. В Индии из 229829 обследованных детей ревматические пороки составили 0,68/1000. В соседнем Пакистане (в одном из сельских районов) распространенность ревматизма 5,7/1000 [60]. Наиболее полно и наглядно заболеваемость ревматизмом в мире представлена в Атласе ВОЗ (рис. 1). Совершенно не согласуются с приведенными сведениями результаты Фремингамского изучения 1696 здоровых мужчин (м.) и 1893 женщин (ж.) в возрасте 54 ± 10 лет, подвергнутых ультразвуковому исследованию для диагностики возможных пороков сердца. Митральная недостаточность средней и тяжелой степени обнаружена у 19,0% м. и 19,1% ж., трехстворчатая – у 14,8% м. и 18,4% ж., аортальная – у 13% м. и 8,5% ж. В каждом следующем десятилетии жизни частота митральной регургитации увеличивается в 1,3 раза, трехстворчатой – в 1,5, а аортальной – в 2,3 раза.

Эти данные еще раз подтверждают возможность бессимптомного течения порока сердца у значительного количества лиц, считающихся практически здоровыми. Правда, есть и противоположные данные И.В.Самородской, что в РФ в 2003 г. среди болезней системы кровообращения заболеваемость ревматическими болезнями составила 1,3%, а доля смертности – 1%. Складывается впечатление, что отчеты из поликлиник и больниц не отражают в полной мере истинное распространение разбираемой патологии в популяции. Надо сказать, что клапанная регургитация 12 ст. часто встречается в заключениях ультразвукового исследования сердца. Под влиянием врача функциональной диагностики кардиолог тоже невнимательно оценивает установленный симптом, считая его вариант передней митральной створки. Согласиться или не согласиться с физиологическим происхождением обнаруженного признака можно только после холтеровского исследования ЭКГ, лабораторных «ревматических» проб и повторного, через 23 месяца и позже, эхо кардиографического исследования. Как правило, подобное углубленное обследование не проводится, и формирующийся клапанный порок просматривается. Вообще, диагноз считается более надежным, когда он подтверждается и лабораторно - инструментальными данными, и заключением патологоанатома. Вот почему за «твердую» конечную точку эпидемиологических исследований обычно принимают, прежде всего, смертность больных, когда двоякое толкование исхода болезни исключается.

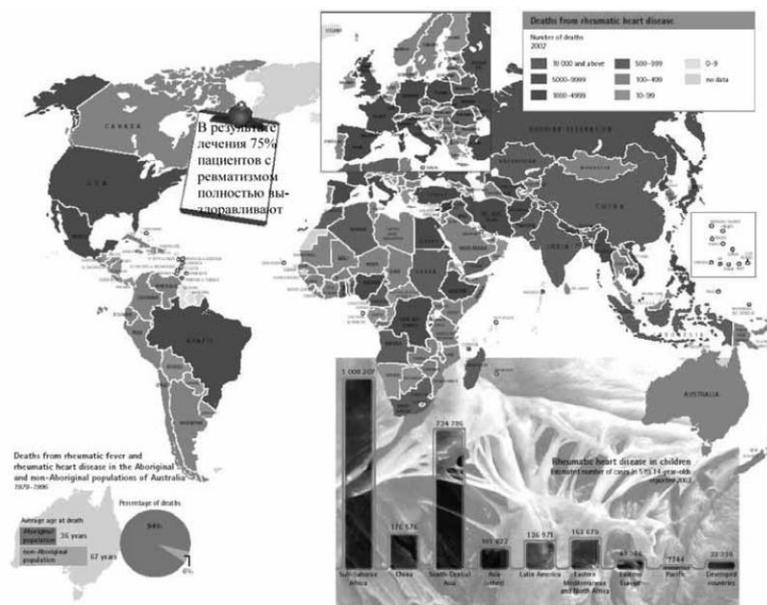


Рис. 1. Ревматизм и ревмокардит в мире.

(в цвете данную картодиаграмму можно рассмотреть в Интернет. Адрес: <http://www.who.int> , затем в первой части: Part one: cardiovascular disease нажать вторую строчку – Rheumatic fever [pdf 884 kb]. Печатается с разрешения: Department of Knowledge Management. World Health Organization , July, 13, 2005.

Том нормы. Такой подход чреват врачебной ошибкой, так как, например, у больных ИБС умеренная регургитация считается предвестником наступления скорой смерти или, как минимум, неотложной госпитализации в связи с усугублением СН. Имеется справедливое мнение, что при дифференциальной диагностике клапанной некомпетентности малых градаций у пациентов со структурно нормальным сердцем необходимо применять не гемодинамические характеристики обнаруженного явления, а данные по самим клапанам, в частности, индекс толщины и протяженности утолщения

В 2000 г. показатель смертности от ревматической лихорадки в мире был 5,5; в Юго - Восточной Азии – 7,6; в Африке – 4,5; в Европе – 4,3 (Rheumatic Fever ..., 2004). Так, в 2000 г. в Великобритании от ревматизма умерли 1788 чел./58 млн. населения, коэффициент смертности — 3,1. В 2004 г. в США аналогичный показатель был 3489/280 млн. населения, коэффициент смертности – 1,2. В России в 1998 г. ревматизм был причиной смерти 8687 чел./140 млн. жителей, коэффициент смертности – 6,0. Несколько раньше, в 1994 г., распространенность ревматических пороков сердца у взрослых россиян.

Составила 230,8, у подростков – 43,8, у детей – 8,8 на 100.000 населения. В 1997 г. эти цифры оказались 217,9; 63,9; 12,0, соответственно: у взрослых – снижение, у подростков и детей – рост(!). В 2002 г. острая ревматическая лихорадка впервые в жизни установлена у 1,9, хронические ревматические болезни сердца – у 10,0, в т.ч. ревматические пороки клапанов – у 7,0/100.000 населения. Год назад, в 2001, показатели были немного больше: 2,1; 11,2; 7,1, соответственно.

Если смертность от ревматизма занимает 7-место (1,1 0,8%) в группе болезней органов кровообращения, стоит ли внимания указанная проблема? Вот коронарной болезнью и цереброваскулярной патологией занимаются тысячи, если не миллионы, врачей. По ревматизму работ значительно меньше. Но, по данным Института кардиологии РК НПК МЗ и СР РФ, ревматические пороки сердца занимали 3-место (18,4%) в группе главных причин хронической сердечной недостаточности. По последним сведениям, они переместились на 2-место в этиологии ХСН, особенно в сочетании с ИБС и АГ. И, наконец, в недавней публикации из Татарстана сообщается, что среди поликлинических больных, имеющих хроническую сердечную недостаточность, ревматические пороки сердца являются одной из ведущих причин данного осложнения (35,48%) наряду с сахарным диабетом (38,18%) и ИБС (36,0%). Среди причин смерти пожилых людей кальцинированный аортальный стеноз стоит на 2-месте. Известные американские кардиологи считают, что тяжелая аортальная и митральная регургитация – самые частые факторы риска сердечной недостаточности и внезапной кардиальной смерти. Данная ситуация дополняется Ю.Н. Беленковым и В.Ю.Мареевым в их интернеткниге: «С современных позиций наличие клапанного порока сердца в подавляющем проценте требует обязательного хирургического лечения, а наличие стенозов клапанов является прямым показанием к операции вне зависимости от приводящих причин (возраст, длительность болезни, степень декомпенсации)». Мнения российских авторитетов согласуются с рекомендациями клиники Мейо, что клапанная недостаточность с тяжелыми или умеренными симптомами – это показание к скорейшей операции. Агрессивный подход при клапанных пороках часто оправдан. Иначе у таких больных наблюдается высокая смертность, большое число осложнений. Очень ярко показания к операции у больных с тяжелой декомпенсацией изложены в методических рекомендациях американского комитета по диспансеризации пациентов с клапанной болезнью сердца (совместное издание американского университета кардиологии и американской кардиологической ассоциации: 44 стр. текста, 51 таблица. Авторы его – 20 известных кардиологов – ревматологов: R.Bonow, V.Carabello et al.): «If the patients in NYHA Functional Class IV heart failure, surgery should not be denied because the outlook without surgical intervention is grave» – больным с клапанными пороками, имеющими СН 4, нельзя отказывать в операции; иначе для них одна перспектива – могила!. Стоит напомнить, видимо, мало известный в России факт, что корпорация Сант Джуд Медикал 2 ноября 2004 г. праздновала юбилей: в Японии был использован 1,5 миллионный механический искусственный клапан SJM. А первый был имплантирован в США 3 октября 1977 г. Конструктивный «родственник» Сант Джуд Медикал – Пензенский завод МедИнж в январе 2004 г. отметил 10 - ление своего искусственного клапана, не уступающего протезам SJM. Есть еще Медтроник в США, Nova Cor в Кемерово и др. Вывод однозначен: искусственные клапаны востребованы в больших

количествах, хотя МедИнж 2 стоит 530 евро (около 20 тыс. руб.), SJM – дороже. Значительные средства надо платить за операцию. Так, в клинике Emory (Атланта, США) стоимость плановой имплантации митрального клапана составляет 23,890\$. Если эта процедура дополняется аортокоронарным шунтированием, цена возрастает до 33,216\$. В неотложных ситуациях «чистое» протезирование митрального клапана оценивается в 31,981\$, а сочетание с АКШ – 40,535\$. Анализ трендов в этой же клинике показал, что длительность госпитализации для аортального протезирования уменьшилась с 1992 по 1997 г. с 13,4 до 8,0 дней, а стоимость – от 37,047 до 21,856\$. Для митрального протезирования эти цифры, соответственно: 15,6 – 8,1 дней и 45,072 – 21,747\$. В России подобные операции близки по ценам – около 600.000 рублей.

Итак, большинство кардиологов и кардиохирургов «За» раннее оперативное лечение пороков сердца. Операция 1) устраняет или уменьшает СН, 2) предупреждает катастрофы и необратимые процессы – внезапную смерть, инфаркт миокарда, тромбоэмболии, кардиосклероз и др., 3) продлевает жизнь. Для больных с СН решение одно – оперировать. Но как быть при бессимптомном течении болезни? (см. выше данные Singh JP., et al., мнение Ю.Н.Беленкова и др.). Никогда не будет так, что у пациента, не имеющего жалоб и других признаков декомпенсации, сердечная хирургия улучшит самочувствие. Нужны недвусмысленные доказательства, что у подобных лиц операция имеет смысл в расчете на будущие благоприобретения. Для России и Мордовии в т.ч., данная проблема является важной. Что говорить об асимптоматических больных с пороками и условиями выполнения противопоказанной им пробы с физической нагрузкой на тредмиле или при минимальных проявлениях болезни обсуждать с больным риск операции против консервативного лечения, ориентируясь на желание больного и цифры смертности при оперативном или консервативном лечении. В последнем случае они в несколько раз больше. Значительному количеству пациентов с СН 3/4 в российских регионах оперативное лечение недоступно. Невольно вспоминается фраза из американских «Летописей внутренней медицины», что в развивающихся странах большое число кардиохирургических процедур у молодых лиц с ревматизмом – это попытка вытирать пол при открытом водопроводном кране. Надо сначала этот кран закрыть, т.е. создать условия и внедрить первичную и вторичную профилактику ревматизма.

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Белов Б.С. Острая ревматическая лихорадка на рубеже веков// Русский Медицинский Журнал 1999; 7 (18).
2. Лыскина Г.А., Шишов А.Я. Ревматизм у детей: современное состояние проблемы// Русский медицинский журнал 2000;
3. Шакирова Р.М., Галявич А.С., Камалов Г.М. Распространенность сердечнососудистых заболеваний в Республике Татарстан и их взаимосвязь с симптомами хронической сердечно-сосудистой недостаточности // Сердечная недостаточность 2005; 6 (2): 72/73.
4. Преображенский Д.В., Столярова И.И., Сидоренко Б.А. и др. Особенности лечения хронической сердечной недостаточности у больных артериальной гипертензией// Consilium medicum 2004; 6 (11): 810/815.