

Ревматические заболевания у детей и подростков Российской Федерации (2009–2010)

Р.М. Балабанова, Н.Н. Кузьмина, Ш.Ф. Эрдес

ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им В.А. Насоновой» РАМН, Москва

V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Контакты: Римма Михайловна Балабанова
balabanova@iramn.ru

Contact: Rimma Mikhailovna Balabanova
balabanova@iramn.ru

Поступила 09.01.13

В педиатрии особо тяжелыми социальными последствиями характеризуются ревматические заболевания (РЗ). Целью настоящего исследования было уточнение распространенности РЗ по данным статистического отчета Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации за 2009–2010 гг. Анализ этих данных позволил сделать вывод о том, что ситуация с острой ревматической лихорадкой в России относительно благополучна. Что же касается болезней костно-мышечной системы, пациенты с воспалительными РЗ составляют сравнительно небольшую часть среди больных с этой патологией, однако они являются наиболее тяжелыми, рано и часто инвалидизируются, при том что у большинства новых высокоэффективных препаратов нет показаний для применения в детском возрасте, что затрудняет их своевременное использование. Большинство детей с патологией опорно-двигательного аппарата страдают невоспалительными заболеваниями. Это показывает важность мероприятий, направленных на профилактику, раннее выявление и коррекцию приобретенной или врожденной патологии суставов и позвоночника.

Ключевые слова: болезни костно-мышечной системы, ревматические заболевания, дети, подростки, анализ заболеваемости, профилактика.

RHEUMATIC DISEASES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS IN THE RUSSIAN FEDERATION (2009–2010) R.M. Balabanova, N.N. Kuzmina, Sh.F. Erdes

In pediatrics, rheumatic diseases (RD) are characterized by particularly severe social consequences. This investigation was undertaken to clarify the prevalence of RD from the 2009–2010 statistical data of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation. Analysis of these data has led to the conclusion that the acute rheumatic fever situation is relatively favorable in Russia. As for musculoskeletal system diseases, patients with inflammatory RD are a small percentage among those with this pathology; however, they are critically ill and become disabled early and frequently despite the fact that the majority of novel highly effective drugs have not approved for use in children, which makes their timely use difficult. Most children with locomotor diseases suffer from non-inflammatory diseases. This shows the importance of measures for the prevention, early detection, and correction of acquired or inherited pathology of the joints and vertebral column.

Key words: musculoskeletal system diseases, rheumatic diseases, children, adolescents, morbidity analysis, prevention.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) ревматические заболевания (РЗ) в основном входят в XIII класс «Болезни костно-мышечной системы» (БКМС). Также две нозологии — острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) и хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС) — относятся к IX классу.

В педиатрии особо тяжелые социальные последствия вызывают воспалительные РЗ: юношеский (ювенильный) артрит — M08; юношеский (ювенильный) ревматоидный артрит (ЮРА) с ревматоидным фактором и без него — M08.0; юношеский анкилозирующий спондилит (АС) — M08.1; юношеский артрит с системным началом — M08.2; хронический юношеский артрит (серонегативный) — M08.3, а также системные заболевания соединительной ткани (СЗСТ) — M30–M36, — которые требуют активной терапии базисными противовоспалительными препаратами (БПВП: метотрексат, лефлуномид, циклоспорин и др.). Особую роль в лечении РЗ в последние годы играют генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) [1].

В то же время не менее важное значение для детского контингента имеет невос-

палительная патология опорно-двигательного аппарата — деформирующие дорсопатии (M40–M43) и хондропатии (M91–M94), влияющие на функциональную активность детей.

Число больных БКМС постоянно возрастает не только среди взрослого населения, но и среди детей и подростков. Так, в 1993 г. в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) было зарегистрировано 814 400 детей в возрасте 0–14 лет с костно-мышечной патологией, в 1999 г. их число составляло 1 374 700, а к 2010 г. оно возросло до 1 693 039, т. е. за 17 лет отмечено двукратное увеличение числа детей с БКМС.

У детей от 0 до 17 лет заболеваемость БКМС в 2005 г. возросла на 12% по сравнению с 2000 г. За эти годы число инвалидов среди детей с РЗ увеличилось на 24% [2]. В 2010 г. оно составило 16 409, из них большая часть (10 888) приходится на возраст 0–14 лет [3].

В то же время своевременная адекватная пенициллинотерапия стрептококковой инфекции, раннее распознавание ОРЛ, применение комплексного этапного лечения, проведение первичной и вторичной профи-

лактики, характер естественного течения заболевания способствовали дальнейшему снижению частоты этой патологии [4].

Целью настоящей работы было уточнение распространенности РЗ по данным статистического отчета Министерства здравоохранения и социального развития (МЗиСР) Российской Федерации за 2009–2010 гг. (форма 12).

По данным Госстатистики, в 2009 г. в России было 26 055 тыс. детей, в том числе в возрасте 0–14 лет 21 092 тыс. (мальчиков 10 806 тыс., девочек 10 286 тыс.), в возрасте 15–17 лет – 4963 тыс. (мальчиков 2563 тыс., девочек 2427 тыс.).

Как следует из табл. 1, у детей 0–14 лет число зарегистрированных случаев ОРЛ в 2010 г. составило 946, что на 290 случаев меньше, чем в 2009 г., распространенность в пересчете на 1000 детей этого возраста – соответственно 0,04 и 0,05. Среди детей подросткового возраста (15–17 лет) число случаев ОРЛ за эти годы практически оставалось на одном уровне: в 2010 г. – 359, в 2009 г. – 364, распространенность – 0,07 на 1000. Этот показатель оказался несколько выше, чем у детей младшего возраста.

По-прежнему число больных с ХРБС больше, чем с ОРЛ, как среди детей 0–14 лет, так и среди подростков.

В 2010 г. оно было несколько меньше, чем в 2009 г. (4057 и 4591 соответственно), и на 1000 детей этого возраста составляло 0,19 и 0,21.

Если по ОРЛ показатели заболеваемости остаются относительно стабильными и невысокими, то данные по БКМС среди детей не столь утешительны.

По обращаемости в ЛПУ в 2009 г. было зарегистрировано около 2 млн детей с БКМС в возрасте 0–14 лет и около 1 млн – подросткового возраста. В 2010 г. их число несколько уменьшилось: в младшей возрастной группе на 0,7%, в подростковой – на 4,7%. Обращает на себя внимание выделение в статистических отчетах распространенности БКМС среди юношей, которая превышала таковую среди девушек практически по всем нозологиям.

Для уточнения значимости заболеваний, входящих в XIII класс болезней, мы провели анализ в двух когортах. В первую включены пациенты с воспалительными БКМС: РеА (M02), серонегативным и серопозитивным РА (M05–M06), ЮРА (M08), АС (M45), СЗСТ (M30–M35), а также ПсА (L40.5), входящим в XII класс (табл. 2, 3). Во вторую вошли больные с заболеваниями опорно-двигательного аппарата невоспалительного генеза: дорсо-остеохондропатиями, остеопорозом, артрозом, заболеваниями мягких тканей (табл. 4, 5).

Таблица 1 Заболеваемость ОРЛ и ХРБС у детей и подростков Российской Федерации в 2009–2010 гг. (п)

Заболевание	2009 г.				2010 г.			
	0–14 лет		15–17 лет		0–14 лет		15–17 лет	
	всего	впервые в жизни	всего	впервые в жизни	всего	впервые в жизни	всего	впервые в жизни
ОРЛ (I00–I02)	1236	477	364	142	946	407	359	148
ХРБС (I05–I08)	4591	693	2681	404	4057	584	2175	277

Таблица 2 Распространенность воспалительных заболеваний костно-мышечной системы у детей 0–14 лет в Российской Федерации за 2009–2010 гг. (п)

Заболевание	2009 г.			2010 г.		
	всего	впервые в жизни	на 1000 человек	всего	впервые в жизни	на 1000 человек
БКМС+СЗСТ (M00–M99)	1 704 015	842 594	80,78	1 693 039	825 709	80,2
РеА (M02)	19 607	8850	0,93	21 033	10 144	0,99
РА (M05–M06)	2431	815	0,11	2902	956	0,13
ЮРА (M08)	10 464	2846	0,49	10 337	2723	0,48
АС (M45)	402	163	0,02	976	339	0,04
ПсА (L40.5)	298	95	0,014	356	96	0,017
СЗСТ (M30–M35)	4176	1320	0,19	2876	1029	0,13

Примечание. РеА – реактивный артрит, РА – ревматоидный артрит, ПсА – псориатический артрит.

Таблица 3 Распространенность воспалительных заболеваний костно-мышечной системы у подростков (15–17 лет) в Российской Федерации за 2009–2010 гг. (п)

Заболевание	2009 г.			2010 г.		
	всего	впервые в жизни	на 1000 человек	всего	впервые в жизни	на 1000 человек
БКМС+СЗСТ (M00–M99)	821 829 (458 200)	291 557 (162 788)	165,6	783 838 (437 254)	280 612 (155 511)	157,9
РеА (M02)	7018 (3573)	2558 (1323)	1,41	7254 (3754)	3100 (1592)	1,45
РА (M05–M06)	2230 (1124)	591 (303)	0,45	1787 (881)	448 (225)	0,36
ЮРА (M08)	4989 (2542)	1335 (707)	1,0	5563 (2927)	1381 (749)	1,11
АС (M45)	482 (300)	183 (112)	0,09	550 (322)	251 (129)	0,1
ПсА (L40.5)	232 (130)	60 (39)	0,05	251 (131)	47 (24)	0,05
СЗСТ (M30–M35)	1932 (884)	552 (293)	0,38	1734 (837)	591 (324)	0,34

Примечание. В скобках – число юношей.

Воспалительные РЗ составляют относительно небольшую долю в общей структуре БКМС — 2,17 и 2,25% (соответственно в 2009 и 2010 гг.) для детей 0–14 лет; 2,02 и 2,15% для подростков. У детей младшей возрастной группы основное место среди них занимают РеА — до 20 тыс., вдвое меньше — ЮРА — 10 тыс., еще реже встречаются СЗСТ — 4 тыс. и РА — около 3 тыс. Эти же нозологии более распространены и у подростков: РеА — 7 тыс., ЮРА — около 5 тыс., РА — 2 тыс. и практически столько же СЗСТ. В абсолютных цифрах прослеживается рост числа детей младшего возраста с РеА в 2010 г., в том числе и первично зарегистрированных (на 6,8 и 12,8% соответственно). Число детей 0–14 лет с РА увеличилось на 16,3% среди всех зарегистрированных и на 14,75% среди пациентов с первично установленным диагнозом, практически такой же рост отмечен и для ПсА (19,4%). Обращает на себя внимание увеличение более чем вдвое числа детей с АС — с 402 в 2009 г. до 976 в 2010 г. (на 59%). Существенно снизилась распространенность СЗСТ — с 4,2 тыс. до 2,9 тыс. (на 31,13%).

Анализ заболеваемости на 1000 детей в возрасте 0–14 лет показал, что наиболее высокой она была для РеА (0,93) и ЮРА (0,49), самой низкой — для АС (0,02).

По сравнению с 2009 г. в 2010 г. число подростков с РеА практически не изменилось (7,2 тыс. и 7,0 тыс. соответственно), с ЮРА — возросло на 10,3% (с 4,9 тыс. до 5,5 тыс.), с АС — на 12,4% (с 482 до 555), с СЗСТ — на 12,5%. Отмечено снижение числа подростков с РА — с 2,2 тыс. до 1,7 тыс. (на 19,9%).

Заболеваемость (на 1000) среди подростков по всем нозологиям была выше, чем у детей 0–14 лет: при РеА — 1,41 и 0,93, при ЮРА — 1,0 и 0,49, при РА — 0,45 и 0,11, при АС — 0,09 и 0,02, при СЗСТ — 0,38 и 0,19 соответственно.

Среди детей с БКМС в возрасте 0–14 лет довольно высока частота заболеваний невоспалительного генеза — 55,7% в 2009 г. и 58,5% в 2010 г. (см. табл. 4) и несколько больше у подростков — 63,58 и 67,18% (см. табл. 5). Основную часть составляют артропатии — 360 тыс. и деформирующие дорсопатии — 451 тыс., значительно меньше больных с остеохондропатиями — 55,4 тыс. и дорсалгиями — 15 тыс. Отмечается повышение частоты этой патологии в 2010 г. как среди младшей возрастной группы, так и среди подростков, особенно среди юношей.

Число пациентов с невоспалительными заболеваниями опорно-двигательного аппарата на 1000 детей на порядок превышает этот показатель для БКМС воспалительно-

Таблица 4 Распространенность невоспалительных заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей 0–14 лет в Российской Федерации за 2009–2010 гг. (n)

Заболевание	2009 г.			2010 г.		
	всего	впервые в жизни	на 1000 человек	всего	впервые в жизни	на 1000 человек
БКМС+СЗСТ (M00–M99)	1 704 015	842 594	80,78	1 693 039	825 709	80,2
Артропатии (M00–M25)	360 001	185 162	17,1	434 532	223 314	20,6
Деформирующие дорсопатии (M40–M43)	451 238	190 722	21,39	498 203	205 240	23,6
Дорсалгии (M54)	15003	11 415	0,71	Н. д.	Н. д.	Н. д.
Остеопатии, хондропатии (M80–M84)	55 421	27 290	2,63	59 015	28 618	2,8
Из них остеопорозы (M80–M84)	Н. д.	Н. д.	Н. д.	717	333	0,04
Артрозы (M15–M19)	Н. д.	Н. д.	Н. д.	5619	3641	0,26
Болезни мягких тканей (M60–M84)	67 313	56 490	3,19	Н. д.	Н. д.	Н. д.

Примечание. Н. д. — нет данных.

Таблица 5 Распространенность невоспалительных заболеваний опорно-двигательного аппарата у подростков 15–17 лет в Российской Федерации за 2009–2010 гг. (n)

Заболевание	2009 г.			2010 г.		
	всего	впервые в жизни	на 1000 человек	всего	впервые в жизни	на 1000 человек
БКМС+СЗСТ (M00–M99)	821 829 (458 200)	291 577 (162 788)	165,6	783 838 (437 254)	280 612 (155 511)	157,9
Артропатии (M00–M25)	148 393 (95 599)	46 979 (30 045)	29,9	169 911 (110 471)	56 872 (36 261)	34,2
Деформирующие дорсопатии (M40–M43)	293 850 (156 054)	84 344 (45 553)	59,2	321 749 (169 191)	97 927 (53 270)	64,8
Дорсалгии (M54)	18 422 (9505)	13 009 (6570)	3,71	Н. д.	Н. д.	Н. д.
Остеопатии, хондропатии (M80–M84)	28 602 (18 165)	9902 (6236)	5,76	29 487 (18 877)	10 016 (6185)	5,94
Из них остеопорозы (M80–M84)	417 (238)	216 (117)	0,08	596 (372)	213 (130)	0,12
Артрозы (M15–M19)	Н. д.	Н. д.	Н. д.	5475 (3118)	2843 (1581)	1,1
Болезни мягких тканей (M60–M84)	33 258 (16 759)	27 950 (14 013)	6,7	Н. д.	Н. д.	Н. д.

Примечание. Н. д. — нет данных.

го генеза, составляя у детей младшей возрастной группы 21,4 для деформирующих дорсопатий; 17,1 — для артропатий; 2,63 — для остеохондропатий и 0,71 — для дорсалгий. Более удручающим этот показатель выглядит в подростковой группе: 59,2 — для деформирующих дорсопатий; 29,9 — для артропатий; 5,76 — для остеохондропатий; 3,71 — для дорсалгий.

Дети с заболеваниями опорно-двигательного аппарата часто нуждаются в стационарном лечении (табл. 4). Доля пациентов с воспалительными заболеваниями составляет лишь 24,6% от всех госпитализированных (25 046), среди них с ЮРА — 12 194, РеА — 8550, СЗСТ — 3186.

Для лечения этих заболеваний потребовалось 367 100 койко-дней (к/д). Из них основная часть приходится на РеА — 102 724 к/д, ЮРА — 19 536 к/д, СЗСТ — 5448 к/д.

С невоспалительными заболеваниями госпитализировано 67 329 детей, для лечения которых в стационаре потребовалось 1 008 185 к/д, т. е. в 3 раза больше, чем для детей, страдающих воспалительными БКМС. Среди этой группы заболеваний основную часть пребывающих в стационаре составили дети с артропатиями — 519 499 к/д, дорсо- и спондилопатиями — 27451 к/д и остеохондропатиями — 169 390 к/д. Обращает на себя внимание большое число детей в возрасте до 1 года, госпитализированных с артропатиями и остеохондропатиями.

Детская инвалидность по причине БКМС составляет 3,43% (17 тыс.) от всех инвалидизирующих заболеваний (495 тыс.), или 0,65 на 1000 детей 0–17 лет. В статистических отчетах МЗиСР России представлены сводные данные только по четырем нозологиям (табл. 7).

Как следует из табл. 7, наиболее инвалидизирующим из них является ЮРА. Среди детей-инвалидов с воспали-

тельными заболеваниями во всех возрастных группах преобладают девочки. Напротив, остеохондропатии приводят к инвалидизации в два раза больше мальчиков, чем девочек.

Заключение

Приведенные данные свидетельствуют об относительно благополучной ситуации, касающейся ОРЛ на территории Российской Федерации.

Вероятно, произошедшая за последние десятилетия эволюция ОРЛ привела к значительному уменьшению выраженности клинических проявлений заболевания, что несомненно способствовало улучшению прогноза и в то же время заметно затруднило своевременную диагностику заболевания, а возможно, привело к его гиподиагностике. Несмотря на то что заболеваемость ОРЛ держится на низком уровне, высказывание академика В.А. Насоновой о том, что «ОРЛ является проблемой, которую забывать нельзя», сохраняет свою актуальность и сегодня. В то же время настораживает число вновь выявляемых сформированных пороков сердца, что может быть следствием их гипердиагностики у детей с идиопатическим пролапсом митрального клапана. Не исключается и достаточная частота повторных атак ОРЛ, о чем свидетельствует тот факт, что всего детей с зарегистрированной ОРЛ вдвое больше, чем с впервые выявленной. Возможно также, что врачи недостаточно знакомы с новой классификацией ОРЛ и ХРБС и/или не всегда правильно трактуют их дефиниции [4].

БКМС имеют высокую распространенность у детей и особенно у подростков. Следует отметить, что данные, приведенные в статистических отчетах МЗиСР, могут быть недостаточно корректны из-за разночтения классификационных и диагностических критериев юношеского (юве-

Таблица 6 Показатели стационарного пребывания детей в возрасте 0–17 лет в 2010 г. (n)

Заболевание	Выписано из стационара	В том числе детей до 1 года	Число койко-дней	Умерло
БКМС+СЗСТ	101 543	1271	1 526 372	30
РеА	8550	68	102 724	0
РА	947	4	14 092	1
ЮРА	12 194	9	195 336	4
АС	119	1	1226	0
ПсА	50	0	909	0
СЗСТ	3186	27	54 948	13
Артропатии	37 857	244	519 499	3
Дорсопатии, спондилопатии	16 182	42	274 351	0
Остеохондропатии	10 507	437	169 390	6
Остеопороз	254	2	3193	1
Артрозы	2529	8	41 752	0

Таблица 7 Инвалидность детей в России по причине БКМС (2010)

Заболевание	Возраст, годы				Всего
	0–4	5–9	10–14	15–17	
БКМС+ СЗСТ	568/656	2319/1767	2817/2762	2307/3213	8011/8398
РеА	9/16	39/37	42/48	31/36	121/137
ЮРА	82/212	336/580	445/626	347/467	1210/1885
СЗСТ	27/26	94/120	121/201	105/251	347/598
Остеохондропатии	261/168	1283/521	1359/655	912/617	3815/1961

Примечание. В числителе — число мальчиков, в знаменателе — девочек.

нильного) артрита [5]. Пациенты с воспалительными РЗ составляют сравнительно небольшую часть среди всех больных с БКМС, однако они являются наиболее тяжелыми, требующими высокотехнологической помощи, рано и часто инвалидизируются, несмотря на применение современных БПВП и ГИБП. Следует отметить, что у большинства новых высокоэффективных препаратов нет показаний для применения в детском возрасте, что затрудняет их более широкое использование, а отсрочка их назначения неблагоприятно сказывается на течении болезни и ее исходах.

Как следует из проведенного анализа, большая часть детей с патологией опорно-двигательного аппарата имеет невоспалительные заболевания, которые дают не только

высокую заболеваемость, особенно в подростковом возрасте, но и значительную долю инвалидов. Это показывает, что необходимо уделять больше внимания мероприятиям, направленным на профилактику, раннее выявление и коррекцию приобретенной или врожденной патологии суставов и позвоночника в детских коллективах [6].

Такие нарушения чаще встречаются среди мальчиков и в последующем могут обуславливать их непригодность к выполнению воинской обязанности.

Необходимо восстанавливать и организовывать детские спортивные секции на бесплатной основе, педагогам и родителям — следить за правильной осанкой ребенка при выполнении уроков, во время занятий с компьютером и чтения книг.

ЛИТЕРАТУРА

1. Михельс Х., Никишина И.П., Федоров Е.С., Салугина С.О. Генно-инженерная биологическая терапия ювенильного артрита. Науч-практич ревматол 2011;1:78–93.
2. Насонов Е.Л., Баранов А.А., Эрдес Ш.Ф. и др. Состояние специализированной ревматологической помощи взрослым и детям в Российской Федерации. Проект Федеральной целевой программы «Ревматические болезни 2008–2012 гг.». Науч-практич ревматол 2007;2:4–7.
3. Фоломеева О.М., Ушакова М.А. Структура заболеваний XIII класса (МКБ X) у детского населения двух отдаленных областей Российской Федерации. Науч-практич ревматол 2001;4:61–6.
4. Кузьмина Н.Н., Медынцева Л.Г., Мовсисян Г.Р. Острая ревматическая лихорадка у детей: 50-летний опыт наблюдения. Науч-практич ревматол 2010;1:9–14.
5. Кузьмина Н.Н., Салугина С.О., Никишина И.П. Ювенильный артрит — XXI век — как мы сегодня понимаем терминологические и классификационные аспекты? Науч-практич ревматол 2006;4:86–96.
6. Багирова Г.Г. Состояние ревматологической помощи подросткам с патологией опорно-двигательного аппарата в Оренбургской области. Науч-практич ревматол 2011;3:99–102.