

Заболееваемость острой ревматической лихорадкой и хронической ревматической болезнью сердца, динамика летальных исходов в Тульской области (1991–2011)

В.Н. Сороцкая¹, Д.Ш. Вайсман², Р.М. Балабанова³

¹ФГБОУ «Тульский государственный университет»,
²ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ, Москва
³ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии РАМН им. В.А. Насоновой», Москва

Представлен анализ заболеваемости острой ревматической лихорадкой (ОРЛ), хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС), а также исходов болезни по Тульской области с 1991 по 2011 г. За этот период заболеваемость ОРЛ снизилась до 0,002, что значительно ниже общероссийских показателей (0,02). Заболеваемость ХРБС составила в 2011 г. 1,6 на 1000 взрослого населения области, что сопоставимо с данными по России. В 2,5 раза снизилась смертность от ХРБС. Основными причинами летальных исходов явились сердечно-сосудистые нарушения.

INCIDENCE OF ACUTE RHEUMATIC FEVER AND CHRONIC RHEUMATIC HEART DISEASE, TRENDS IN DEATHS IN THE TULA REGION (1991–2011)
V.N. Sorotskaya¹, D.Sh. Vaisman², R.M. Balabanova³

The paper analyzes the incidence of acute rheumatic fever (ARF) and chronic rheumatic heart disease (CRHD) and their outcomes in the Tula Region in 1991 to 2011. In this period, the incidence of ARF decreased to 0.002, which was much lower than Russia's rates. That of CRHD in 2011 accounted for 1.6 per 1,000 adult population, which was comparable to the values in Russia. CRHD mortality rates showed a 2.5-fold decrease. The main causes of fatal outcomes were cardiovascular disorders.

...Впервые на модели ОРЛ была показана значимость образования широких масс врачебной общественности и населения в соблюдении принципов ранней диагностики ОРЛ и профилактики ее обострений.
В.А. Насонова

¹Tula State University;
²Central Research Institute for Organization and Informatization of Public Health, Ministry of Health of Russia, Moscow;
³V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Контакты: Валентина Николаевна Сороцкая
svnreum1@rambler.ru

Contact: Valentina Nikolayevna Sorotskaya
svnreum1@rambler.ru

Поступила 25.02.13

В декабре 1927 г. на Пленуме II Всесоюзного съезда физиотерапевтов и VI съезда по курортному делу было принято решение о создании Комитета по изучению ревматизма и борьбе с ним. Через год Комитет приступил к работе под председательством Максима Петровича Кончаловского. К 1934 г. в СССР было создано 42 комитета по борьбе с ревматизмом, а также 150 ревматологических диспансеров и кабинетов.

Важная роль в организации антиревматической службы принадлежит академику А.И. Нестерову, по инициативе которого в 1958 г. был создан Институт ревматизма Министерства здравоохранения РСФСР. Все достижения в этой области находили отражение на страницах журнала «Вопросы ревматизма», главным редактором которого в течение 20 лет был академик А.И. Нестеров.

В дальнейшем эта задача решалась под руководством Валентины Александровны Насоновой, которая большое внимание уделяла подготовке кадров ревматологов, обладавших прочными клиническими знаниями, но главное — занимающимся вопросами профилактики, что позволило к началу 90-х годов XX в. резко снизить в России первичную заболеваемость острой ревматической лихорадкой

(ОРЛ) и общую заболеваемость ревматическими пороками сердца (РПС). По ее инициативе и усилиями сотрудников ФГБУ «НИИР» РАМН классификация «ревматизма» была пересмотрена и утверждена на Конгрессе ревматологов, который проходил в 2003 г. в Саратове.

ОРЛ, хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС) и РПС сохраняют актуальность и в настоящее время. И по существу в начале XXI в. по-прежнему остается актуальным выражение академика В.А. Насоновой: «Было бы ошибкой считать, что проблема борьбы с ревматизмом утратила общемедицинское значение, а ревматизм не представляет интерес для научной профилактической кардиоревматологии».

Цель работы — анализ заболеваемости ОРЛ и ХРБС и летальности от последней в Тульской области в динамике за 20-летний период (1991–2011).

Общая заболеваемость ОРЛ в Тульской области, по данным статистической отчетности за период с 1991 по 2011 г., представлена на рис. 1, из которого видно, что за этот период произошло существенное снижение числа случаев ОРЛ: с 730 в 1999 г. до 3 — в 2011 г.

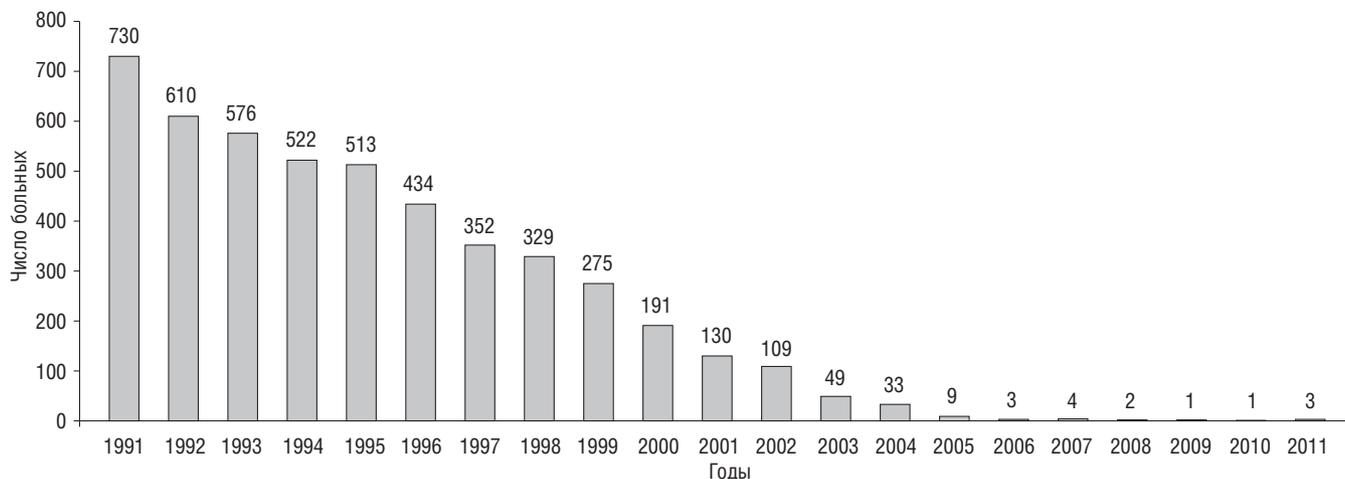


Рис. 1. Динамика числа больных ОРЛ (1991–2011) в Тульской области

Сопоставление заболеваемости ОРЛ на 1000 населения Тульской области с общероссийской за период с 1991 по 2011 г. представлено в табл. 1, из которой следует, что в 1991 г., когда по инициативе В.А. Насоновой был организован областной ревматологический центр, показатели общей заболеваемости ОРЛ в Тульской области были практически в 2 раза выше общероссийских, но с 1997 г. стали снижаться, достигнув к 2002 г. выравнивания. В 2011 г. заболеваемость ОРЛ в Тульской области составила 0,002 на 1000 взрослых, что на порядок ниже общероссийской (0,02).

Интересным представляется сравнение данных по заболеваемости ОРЛ с показателями по Центральному федеральному округу (ЦФО) и по России в целом:

– в 2002 г. в Тульской области – 0,08, в ЦФО – 0,08, в России – 0,082,

– в 2011 г. в Тульской области – 0,002, в ЦФО – 0,07, в России – 0,02.

Таким образом, заболеваемость ОРЛ в Тульской области за 20-летний период снижалась начиная с 2005 г. до единичных случаев и составила в 2011 г. 0,002 на 1000 населения, что значительно ниже, чем в ЦФО и в целом по России.

Динамика числа больных ХРБС в Тульской области представлена на рис. 2. В 1991 г. было зарегистрировано 5965 случаев ХРБС, к 2011 г. их количество уменьшилось в 2,8 раза – до 2110 случаев.

Общая заболеваемость ХРБС в 1991 г. составила по Тульской области 4,0, по России – 3,7 на 1000 взрослого населения (табл. 3). К 2011 г. в Тульской области отмечается снижение общей заболеваемости до 1,6 на 1000 населения, как и по общероссийским данным.

Таблица 1 Показатели общей заболеваемости ОРЛ (на 1000 взрослого населения) в Тульской области и в целом по России

Регион	Годы																				
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Тульская область	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,2	0,19	0,2	0,14	0,09	0,08	0,04	0,02	0,007	0,002	0,003	0,002	0,002	0,001	0,002
Россия	0,26	0,25	0,23	0,29	0,2	0,2	0,18	0,18	0,15	0,1	0,085	0,082	0,06	0,053	0,05	0,05	0,04	0,04	0,07	0,02	0,02

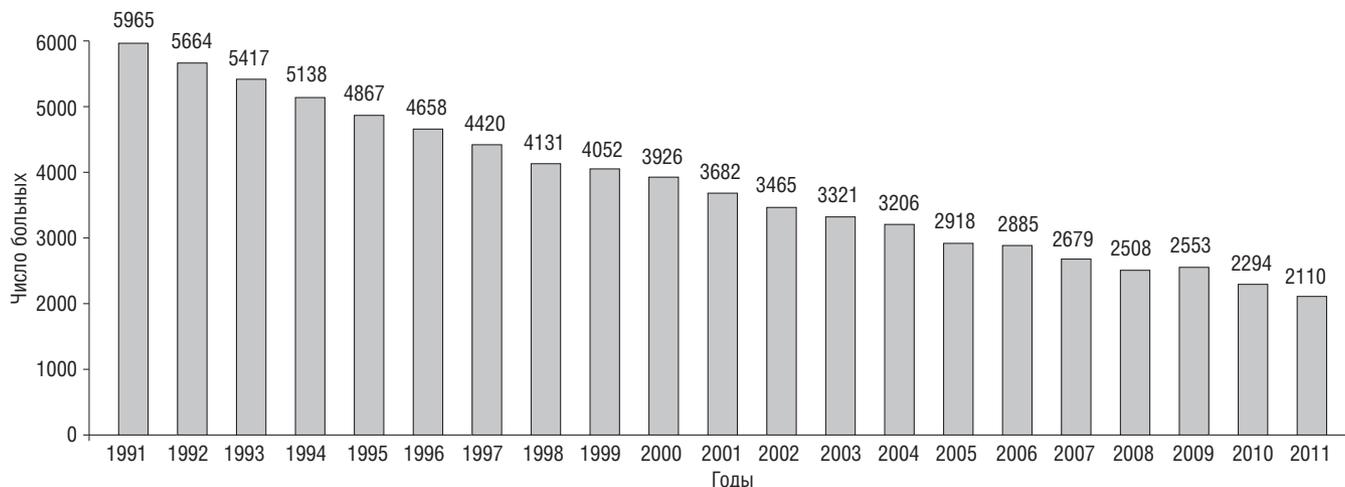


Рис. 2. Динамика числа больных ХРБС в Тульской области

Таблица 2 Показатели общей заболеваемости ХРБС в 1991–2011 гг. (на 1000 взрослого населения)

Регион	Годы																				
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Тульская область	4,0	3,8	3,6	3,4	3,2	2,6	2,5	2,3	2,9	2,8	2,7	2,5	2,43	2,3	2,2	2,2	2,0	1,9	1,9	2,0	1,6
Россия	3,7	3,4	3,6	3,0	2,8	2,7	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,3	2,3	2,2	2,1	2,0	1,8	1,7	1,6

Таблица 3 Первичная заболеваемость взрослого населения Российской Федерации и Тульской области ХРБС (на 100 тыс. населения)

Регион	Годы											
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Россия	10,6	11,2	10	10,9	10,5	10,8	12,6	12,3	11,9	10,4	9,1	8,9
Тульская область	4,6	5,9	6,3	6,4	5,5	4,3	5,5	4,7	4,5	5,5	3,7	2,4
Процент снижения в Тульской области	-57	-47	-37	-41	-48	-60,2	-56	-62	-62	-47	-59	-73

Однако анализ первичной заболеваемости ХРБС на 100 тыс. населения выявил существенные отличия: в Тульской области в 2000 г. она составила 4,6, в России – 10,6, к 2011 г. показатели снизились в России до 8,9, а в Тульской области до 2,4, т. е. на 73% (табл. 3).

Таким образом, сравнительное исследование статистических материалов по общей заболеваемости ОРЛ и ХРБС выявило положительную динамику как по первому, так и по второму показателям, в целом отражающим общероссийскую ситуацию – отсутствие эпидемических вспышек ОРЛ и медленное ежегодное снижение выявляемости пороков сердца.

Наиболее достоверными показателями состояния здоровья населения являются показатели смертности, так как на практике регистрируются все случаи смерти. Статистика смертности в России формируется на основании «Медицинских свидетельств о смерти», выданных врачами (фельдшерами) в соответствии с правилами Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) и установленными требованиями.

В базе данных о смертности в Тульской области за период 2000–2010 гг. всего зарегистрировано 347 995 случаев смерти, в том числе 31% – жителей сельской местности. Большая часть умерших (75,8%) были в возрасте 55 лет и старше (табл. 4).

Показатели общей смертности, смертности от болезней системы кровообращения (БСК) и смертности от ХРБС представлены в табл. 5.

Как следует из табл. 5, в Тульской области отмечается высокий уровень показателей общей смертности и смертности от БСК в 2000 г. с некоторым снижением к 2010 г. – с 24,3 до 22,8 на 1000 населения. Удельный вес смертности от БСК возрос с 56,5 в 2000 г. до 61,0 в 2010 г. При этом смертность от ХРБС снизилась с 9,2 в 2000 г. до 3,7 в 2010 г. (в 2,5 раза). Снизилась и больничная летальность – с 3,2 до 1,7%.

Среди всей группы умерших зарегистрировано 929 случаев смерти от ХРБС (по первоначальной причине), данные приведены в табл. 6.

Как видно из рис. 3, смертность больных ХРБС снизилась со 128 случаев в 2000 г. до 40 случаев в 2010 г., среди умерших женщины составили 67%, мужчины – 33%.

Причиной летальных исходов при ХРБС по данным 929 медицинских свидетельств о смерти наиболее

часто являлась декомпенсация кровообращения – в 605 случаях, в 132 случаях отмечалось нарушение сердечного ритма, в 59 – тромбоэмболия легочной артерии, в 37 – острое нарушение мозгового кровообращения, в 32 – острый инфаркт миокарда, в 29 – инфекционные осложнения, в том числе 3 случая инфекционного эндокардита; в 28 – тромбоэмболические нарушения, в 15 – хроническая почечная недостаточность; по 2 случая – раковая интоксикация и желудочно-кишечное кровотечение.

Таким образом, среди причин летальных исходов (по данным медицинских свидетельств о смерти) 95% составили кардиоваскулярные нарушения; 3% – инфекционные осложнения, в том числе 0,3% – инфекционный эндокардит; 1,6% – почечная недостаточность; 0,2% – раковая интоксикация; 0,2% – желудочно-кишечные кровотечения.

В 1995–1999 гг. летальные исходы при ХРБС в 80,3% случаев были связаны с кардиоваскулярными нарушениями; в 13,3% – с инфекционными осложнениями, в том числе в 25 случаях с инфекционным эндокардитом; в 2,9% – с желудочными кровотечениями; в 2,5% – с онкологической патологией.

Заключение

Значительное снижение заболеваемости ОРЛ может быть связано с целым рядом факторов, и в первую очередь – с созданием и работой областного ревматологического центра, что позволило повысить качество медицинской помощи населению за счет проведения следующих мероприятий.

Таблица 4 Характеристика базы данных 2000–2010 гг. (смертность по первоначальной причине)

Показатель	Умерло	Возрастные группы, годы		
		25–44	45–54	55 и более
Все причины смерти	347 995	33 512	43 504	263 699
В том числе вскрытий:				
п	130 642	29 011	31 329	62 202
%	37,5	86,6	72,0	23,6
Из них:				
город	264 113	25 472	32 687	201 216
село	81 627	7542	10 355	58 792

Таблица 5 Анализ смертности и летальности от ХРБС взрослых жителей Тульской области за 2000–2010 гг.

Год	Общая смертность на 100 тыс. человек	Смертность от БСК на 100 тыс. человек	Удельный вес БСК в структуре общей смертности, %	Смертность от ХРБС на 100 тыс. человек	Удельный вес в структуре общей смертности, %	Удельный вес в структуре смертности от БСК, %	Больничная летальность, %
2000	2426,3	1370,7	56,5	9,2	0,4	0,7	3,2
2001	2481,7	1420,3	57,2	7,5	0,3	0,5	2,9
2002	2652,0	1513,3	57,1	7,0	0,3	0,5	2,1
2003	2724,5	1558,8	57,2	7,3	0,3	0,5	3,3
2004	2600,5	1475,5	56,7	6,0	0,2	0,4	4,2
2005	2620,3	1505,4	57,5	5,4	0,2	0,4	2,7
2006	2492,1	1455,9	58,4	6,4	0,3	0,4	2,5
2007	2427,0	1426,7	58,8	5,4	0,2	0,4	2,6
2008	2423,1	1449,6	59,8	4,3	0,2	0,3	2,2
2009	2296,7	1389,4	60,5	4,6	0,2	0,3	2,4
2010	2282,0	1392,3	61,0	3,7	0,2	0,3	1,7

1. Внедрение в практику лабораторий городских и центральных районных больниц определения антител к стрептолизину О, стрептокиназе, стрептогиалуронидазе, а также уровней СРБ и фибриногена.

2. Использование четкого регламентированных критериев диагностики ОРЛ с пересмотром уже установленных диагнозов как врачами, так и специалистами медицинской статистики, тогда как в более ранний период всякая декомпенсация кровообращения у больных с ХРБС расценивалась как «ревматизм, активная фаза» или «возвратный ревмокардит».

3. С 2000 г. внедрены отчетность по **каждому (!)** случаю ОРЛ и обязательная верификация диагноза ОРЛ врачом ревматологом с последующим разбором каждого случая вместе с областным ревматологом.

4. Обучение врачей (ревматологов, кардиологов, педиатров, отоларингологов, подростковых врачей, терапевтов, врачей общей практики) по вопросам диагностики ОРЛ, а также занятия с медицинскими работниками по статистике, в том числе в отношении достоверности заполнения амбулаторных статистических талонов.

5. Проведение профилактических мероприятий (в том числе лечение носоглоточных инфекций) среди детей

с помощью бесплатных препаратов по программе «Дети Чернобыля», охватывающей 70% территории области (1986–2000 гг.).

За 20-летний период проведены 23 областные конференции с участием ведущих специалистов ФГБУ «НИИР» РАМН и кафедры ревматологии Первого Московского медицинского университета им. И.М. Сеченова, обучение 180 врачей на выездных циклах по вопросам ревматологии ФППВ ММУ. **Важнейшим фактором обучения врачей, а также развития и становления ревматологической службы области являлись ежегодные Насоновские чтения с участием академика РАМН В.А. Насоновой.**

Снижение заболеваемости ХРБС в Тульской области за период 1991–2011 гг. более чем в 2,8 раза объясняется в первую очередь снижением заболеваемости ОРЛ до единичных случаев.

Улучшению диагностики ХРБС способствовало начало консультативных приемов в областном ревматологическом центре и, как следствие, обеспечение доступности специализированной помощи населению (ежегодный консультативный прием около 10 тыс. больных), а также внедрение эхокардиографии в 15 районах области, создание

Таблица 6 Смертность от ХРБС жителей Тульской области в 2000–2010 гг. (в абсолютных цифрах)

Первоначальная причина смерти	Всего (гр. 3+7)	Первоначальные причины смерти (I05-I09)	Возраст, годы		
			25-44	45-54	55 и старше
<i>ХРБС и другие заболевания</i>					
Всего	929	814	46	169	597
Город	775	678	34	130	513
Село	154	135	12	39	83
<i>ХРБС</i>					
Всего	814	7,4	46	169	597
из них умерло в стационаре	278		21	67	189
в том числе вскрыто, n (%)	199 (71,6)		16 (76,2)	54 (77,8)	126 (66,7)
Город	678	7,7	34	130	513
из них умерло в стационаре	238		18	58	161
в том числе вскрыто, n (%)	172 (72,3)		14 (77,8)	47 (81,0)	110 (68,3)
Село	135	6,2	12	39	83
из них умерло в стационаре	47		6	11	30
в том числе вскрыто, n (%)	26 (55,3)		3 (50,0)	6 (54,5)	16 (53,3)

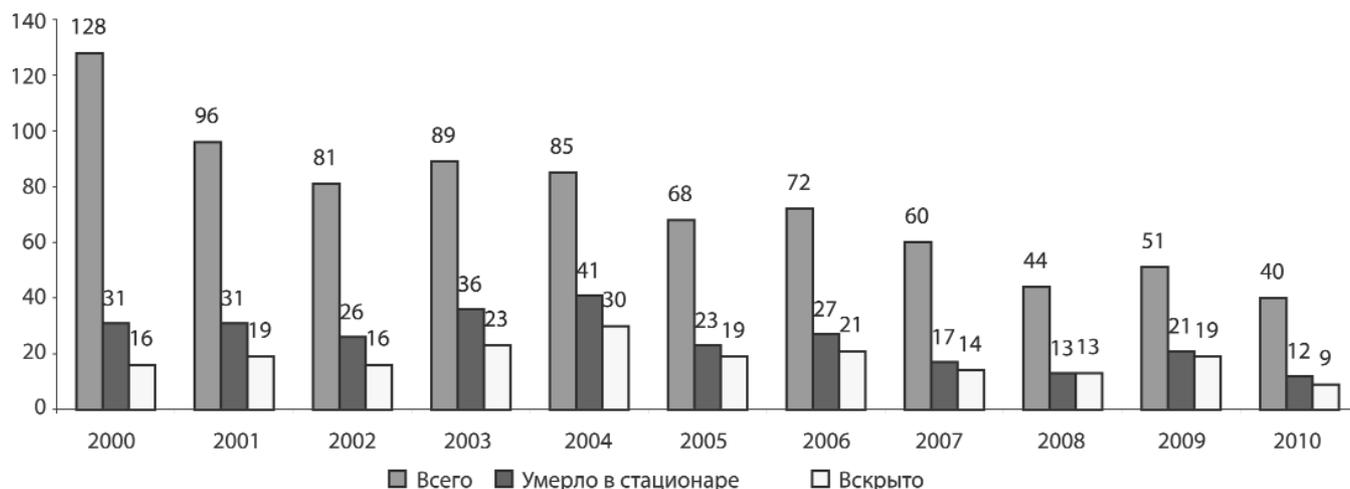


Рис. 3. Смертность от ХРБС в Тульской области в 2000–2010 гг. (в абсолютных цифрах)

межрайонных диагностических центров. Благодаря этому с 2000 г. появилась возможность проводить тщательную дифференциальную диагностику ревматического и дегенеративного генеза пороков.

Сравнительный анализ причин летальных исходов при ХРБС в 1995–1999 и 2000–2010 гг. свидетельствует о снижении в последние годы частоты инфекционных

осложнений, особенно инфекционного эндокардита, желудочно-кишечных кровотечений и онкологических заболеваний, что отражает улучшение диспансерного наблюдения за этой категорией больных, своевременность хирургической коррекции пороков сердца, которая позитивно влияет на качество жизни больных с ХРБС.