

ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ РЕВМАТОЛОГИЯ

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ СОВРЕМЕННОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

М.В. Ханды, Н.Н. Грязнухина, В.М. Аргунова, А.М. Алексеева,
Г.Г. Дранаева, С.С. Мухаметова
Якутская медицинская академия, г. Якутск

Резюме

Цель. Проанализировать показатели заболеваемости и клинические проявления ревматической лихорадки (РЛ) у детей Республики Саха (Якутия) за 1974 и 2001 гг.

Материал и методы. Отчётные данные МЗ РС (Я) за 1999-2001 гг. Истории болезни 75 детей, лечившихся в детском кардиологическом отделении республиканской больницы № 1 РС (Я).

Результаты. В 2001 г. доля РЛ и хронических ревматических болезней сердца (ХРБС) среди всех ревматических болезней детей составила 45,5%. Заболеваемость РЛ составила 0,5 на 1000 детей (в 1974г. - 0,36‰), острой (первичной) РЛ - 0,2‰, ХРБС - 0,8‰, из них ревматическими пороками сердца (РПС) - 0,5‰. Более 60% детей, госпитализированных в 2001г. в связи с ОРЛ, были в возрасте 4-10 лет. Госпитализация 65% детей приходилась на зимние и ранние весенние месяцы. В 45,2% госпитализированных отмечалась непосредственная связь атаки РЛ с перенесённой инфекцией (в 1974г. - в 76,2%). Как при первичной, так и при повторной атаке РЛ ревматический процесс примерно в 80 % случаев имел признаки I либо II степени активности. Первичная атака ОРЛ закончилась формированием РПС у 25%, повторная - у 80% детей.

Ключевые слова: ревматическая лихорадка, ревматические пороки сердца, дети, Республика Саха (Якутия).

Проблема ревматической лихорадки (РЛ) имеет особую медико-социальную значимость в связи с довольно высокой частотой развития пороков сердца, являющихся одной из основных причин инвалидизации и смертности лиц трудоспособного возраста [2,3,4,5].

Целью настоящей работы явился сравнительный анализ показателей заболеваемости и клинических проявлений РЛ у детей в условиях Республики Саха (Якутия) за 1974 и 2001 гг.

Материал и методы

Изучены отчетные данные МЗ РС (Я) за 1999-2001 гг. и истории болезни и карты диспансерного наблюдения больных.

Верификация диагноза РЛ проводилась с использованием диагностических критериев А.И. Нестерова [6] и лабораторно-инструментальных методов исследований: общего анализа крови; общего анализа мочи; общего белка и белковых фракций сыворотки; иммунотурбометрического метода с использованием антисыворотки (титр АСЛ-О, СРБ, РФ); иммуноферментного анализа с использованием очищенного рекомбинантного антигена (цитомегаловирус-ЦМВ, вирус простого герпеса-ВПГ; токсоплазмы, хламидий); определение ЦИК методом иммунопреципитации полиэтиленгликолем; определение Т- и В-лимфоцитов иммуноморфологическим методом с применением моноклональных антител; определение Ig A, M, G иммунотурбометрическим методом; бактериологического исследования флоры (мазок из зева и носа); электрокардиографии аппаратом "Personal"; холтеровского мониторингирования аппаратом "Shiller"; доплероэхокардиографии аппаратом "HDI", "Acuson 512"; рентгенографии; электроэнцефалографии; ультразвукового исследования органов брюшной полости аппаратом "HDI".

Результаты исследований

До 70-х гг распространенность РЛ и хронических ревматических болезней сердца (ХРБС) по РФ составляла 2,0 - 2,5 %, в Республике Саха (Якутия) среди взрослых по данным А.И. Соловьевой - 3,2 % [7], среди детей - 3,56 % [1]. В связи с такой высокой распространенностью в республике была развернута широкая сеть лечебно-профилактических учреждений для борьбы с этим грозным заболеванием. Своевременная диагностика, комплексное лечение и организация антиревматических профилактических мероприятий способствовали снижению заболеваемости до 0,3 на

Таблица 1
Структура ревматических болезней у детей в РС (Я) за 1999-2001 гг. (в%)

Ревматические болезни	1999г	2000г	2001г
РЛ+ХРБС	31,5	47,5	45,5
Болезни костно-мышечной системы	68,4	52,5	54,5

1000 детского населения. Однако в последние годы вновь наблюдается некоторый подъем показателей заболеваемости ОРЛ как среди детей, так и взрослых, возрастание частоты формирования клапанов пороков сердца.

Структура заболеваемости детского населения ревматическими болезнями (РБ) по отчетным данным МЗ РС(Я) за 1999-2001 гг. представлена в таблице 1.

Как видно из таблицы, относительная доля РЛ и ХРБС среди всех РБ за 3 года увеличилась, а болезней костно-мышечной системы снизилась.

В таблице 2 представлены показатели ревматической заболеваемости среди детей РС (Я) по данным МЗ РС (Я). Данные за 1974 г взяты из предыдущих исследований [1,8].

Как видно из таблицы, до 1999 г показатели заболеваемости

Таблица 2
Ревматическая заболеваемость среди детей РС (Я)
(на 1000 детей)

Нозологическая форма по МКБ-Х	Годы			
	1974	1999	2000	2001
Ревматическая лихорадка*	0,36	0,35	0,4	0,5
Острая ревматическая лихорадка**		0,3	0,3	0,2
Хронические ревматические болезни сердца		0,4	0,3	0,8
В т. ч. ревматические пороки сердца		0,2	0,3	0,5

Примечание:

*Ревматическая лихорадка - первичные случаи и рецидивы (повторные атаки).

**Острая ревматическая лихорадка - первичные случаи

мости РЛ находились почти на одном уровне, а в 2000 г отмечена тенденция к нарастанию, особенно это касается ХРБС и ревматических пороков.

Для изучения клинических проявлений РЛ мы провели ретроспективный анализ 75 историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом

Таблица 3
Распределение больных с ОРЛ по возрасту (в %)

Годы	Возраст в годах			
	до 3-х	4 - 6	7 - 10	11 - 15
2001	-	39,4	23,8	36,8
1974	1,9	29,5	46,7	21,9

отделении РБ № 1 в 1999-2001 гг. Распределение детей по полу, национальности и месту проживания было следующим: мальчики - 51 %, девочки - 49 %, якуты - 78,8 %, русские - 19,2 %, эвены - 2,0 %, сельские жители - 51,9 %, городские - 48,1 %. Первая атака ОРЛ диагностирована - у 38 (50,6 %), повторная - у 37 (49,4 %) детей. Распределение больных по возрастам представлено в таблице 3.

Как следует из таблицы 3, в 1974 г. ОРЛ чаще регистрировали среди детей младшего школьного (46,7%) и дошкольного (29,5%) возрастов. В современных условиях ОРЛ чаще встречалась в дошкольном (39,4 %) возрасте, вторая волна отмечалась в группе детей 11-15 лет. Наши показатели совпадают с данными Н.Н. Кузьминой.

33,8 % больных поступали в стационар в самые холодные месяцы (декабрь-февраль) и 32,8 % - ранней весной (март-апрель). Подобная сезонность отмечалась и в 70-е годы.

Отягощенный по "ревматизму" семейный анамнез имелся у 37% больных (в 1974 г. - у 38%). В анамнезе 40 % больных отмечалось осложненное течение беременности у их матерей (ранние, поздние гестозы, ОРВИ, анемия), в 33,4% - патологические роды. 10 % детей родились недоношенными. Из перенесенных заболеваний детей на долю ОРВИ, острых ринитов, ангины, острых пневмоний приходилось 50% (в 1974 г. - 47,6%). Острые каплевые инфекции в 70-х годах встречались почти в 2 раза чаще по сравнению с 2001 г., причем в те годы дети в 80,9% переносили корь, 81 % - ветряную оспу, 30% - скарлатину. В современных условиях дети чаще болели коревой краснухой и ветряной оспой (33,7%). Хроническим тонзиллитом страдала 30% больных (в 1974 г. - 80,9%).

Непосредственную связь ревматической атаки с предшествующей инфекцией (ангины, ОРВИ) удалось установить в 45,2% случаев (в 1974 г. - в 76,2%).

Распределение больных по степеням активности ревматического процесса представлено в таблице 4.

Дифференцированная характеристика больных по степеням активности ревматического процесса показала, что

Таблица 4
Сравнительная характеристика ревматического процесса по степени активности (в %)

	Годы	Активная фаза		
		Степень активности		
		I	II	III
I атака ОРЛ	2001	27,6	51,7	20,6
	1974	34,3	38,1	27,6
Повторная атака РЛ	2001	44,8	44,8	10,3
	1974	42,1	43,9	14,0

Таблица 5
Характер поражения сердца при РЛ (в %)

	Поражение сердца	Эндомиокардит	Миокардит	Панкардит	Без явного поражения сердца	Формирование порока сердца
Первая атака РЛ	82,8	54,2	24,5	4,1	17,2	25,0
Повторная атака РЛ	90,9	78,8	9,1	3,0	9,1	80,0

сохраняется та же тенденция, что и в 1974 г., преобладают минимальная и умеренная степени активности и при первой, и при повторной атаках РЛ.

Судьба больного, перенесшего РЛ, зависит от частоты и характера поражения сердца.

Как следует из табл. 5, при первой атаке ОРЛ поражение сердца отмечено у 82,8 %, при повторной - у 90,9 % детей. Эндомиокардит констатирован у 54,2 %, отсутствие явного поражения сердца - 17,2 % больных. С формированием порока сердца после атаки ОРЛ вышли 25 % детей. При повторной атаке РЛ также преобладавал эндомиокардит (78,8 %), формирование порока сердца отмечено в 80 % случаев. У 70 % больных сформировалась недостаточность митрального клапана, у 30 % - сочетанные пороки митрального, аортального и трикуспидального клапанов. Клапанное поражение подтверждалось ультразвуковыми исследованиями.

При первой и повторной атаке в 2001 г. суставной синдром встречался почти с одинаковой частотой, причем чаще отмечалось поражение одного или двух суставов (коленный, голеностопный), умеренно выраженный болевой синдром отмечен у 20,9%, экссудативный компонент артрита - в 32% случаев. В 1974 г классический полиартрит при повторной атаке РЛ отмечался всего у 12,3 % больных.

Частота малой хореи при обеих атаках РЛ оставалась сходной. С кардитом в 2001 г. хорея сочеталась у одного ребенка.

Таблица 6
Сравнительная характеристика экстракардиальных проявлений РЛ за 1974 и 2001 гг. (в%)

Внесердечные проявления	Первая атака ОРЛ		Повторная атака РЛ	
	2001г	1974г	2001г	1974г
Ревматический артрит	73,2	63,8	69,0	12,3
Малая хорея	19,0	19,0	14,9	19
Абдоминальный синдром	-	8,5	9,3	14,9
Ревматические узелки	-	-	-	-
Аннулярная сыпь	6,7	-	3,0	1,7
Ревматическая пневмония	3,3	-	3,0	3,5

Лечение больных РЛ проводилось по методике, разработанной отечественной школой ревматологов [2,4,5]:

- активное комплексное лечение в стационаре;
- санация очагов хронической инфекции;
- санаторное лечение после перенесенной атаки - (до 1995);
- диспансерное наблюдение и вторичная профилактика в поликлинике.

В результате комплексного лечения после ОРЛ формирование порока сердца наблюдалось, как отмечено выше, у четверти больных, что соответствует литературным данным; после повторной атаки - в 80 % случаев. 4 больным было проведено протезирование клапанов с благоприятным исходом у 2 из них.

Таким образом, в экстремальных условиях РС(Я) в настоящее время наблюдается некоторая тенденция к росту показателей заболеваемости РЛ. Сохранив присущие ей черты, РЛ в условиях Крайнего Севера стала протекать с преобладанием минимальной и умеренной степеней активности, со слабо выраженными экстракардиальными проявлениями, что нередко затрудняет раннюю диагностику, о

чем свидетельствует поступление в клинику больных со сложными комбинированными и сочетанными пороками сердца, инвалидизирующими ребенка.

Заключение

- Для установления истинной распространенности РЛ в современных условиях необходимо провести эпидемиологическое обследование детского населения республики;
- Необходимо восстановить систему обязательной первичной профилактики детей группы риска (с хроническими очагами стрептококковой инфекции, особенно в семьях с отягощенным по РЛ анамнезом);
- Для раннего выявления РЛ в ЛПУ внедрить обязательные методы диагностики (ЭКГ, ЭХО-КГ, АСЛ-О и др.);
- Для предупреждения рецидивов РЛ проводить регулярную профилактику антибиотиками;
- Осуществлять массовую работу среди населения по профилактике и адекватному лечению стрептококковых заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гольберг К.Ф. Распространение и характеристика клинического течения ревматизма у детей г. Якутска. Автореф. дисс. к. м. н. Хабаровск, 1975, 18.
2. Долгополова А.В., Кузьмина Н.Н. Первичный ревмокардит у детей. М., Медицина, 1978.
3. Кузьмина Н.Н. Современный взгляд на проблему ревматизма (ревматической лихорадки) у детей. Росс. вест. перинатол. и педиатр. 2001, 46, 1, 25-32.
4. Кузьмина Н.Н. Острая ревматическая лихорадка. Детская ревматология. Рук. для врачей. М., Медицина, 2002, 31-63.
5. Насонова В.А., Кузьмина Н.Н. Ревматизм, руководство по ревматическим болезням. М., Медицина, 1997, 144 - 160.
6. Нестеров А.И. Ревматизм. М., Медицина, 1973.
7. Соловьева А.И. Ревматизм в Якутской республике. Автореф. дисс. к. м. н. Якутск, 1967, 18.
8. Ханды М.В. Клиника первичного ревмокардита у детей г. Якутска. Автореф. дисс. к. м. н. Якутск, 1974, 18.

Abstract

Modern rheumatic fever clinical features in children of Sakha (Yakut) republic.

M.V. Handy, N.N. Gryaznukhina, V.M. Argunova, A.M. Alexeeva, G.G. Dranaeva, S.S. Muhametova

Objective. To analyse incidence and clinical features of rheumatic fever (RF) in children of Sakha (Yakut) republic in 1974-2001 years.

Material and methods. Sakha (Yakut) republic Ministry of Health Protection reports for 1999-2001 years. Case histories of 75 children admitted to pediatric cardiology department of republic hospital №1.

Results. In 2001 RF and chronic rheumatic heart diseases (CRHD) part among all rheumatic disease constituted 45,5%. RF incidence was 0,5 for 1000 children (in 1974 - 0,36 ‰), acute (primary) RF - 0,2 ‰, CRHD - 0,8 ‰ including 0,5 ‰ with rheumatic heart disease (RHD). More than 60% of children admitted in 2001 were 4-10 years old. 65% of children were admitted in winter and early spring months. In 45,2% of admitted pts RF attack was connected with infection history (in 1974 - 76,2%). In primary as well as in repeat RF attack rheumatic process in nearly 80% of cases had signs of I or II activity degree. Primary RF attack ended with RHD formation in 25%, repeat - in 80% of children.

Key words: rheumatic fever, rheumatic heart disease, children, Sakha (Yakut) republic.