

Д.К. Маманазарова

С.Д. Искандарова

Ташкентский институт
усовершенствования врачей**Ключевые слова:**ревматическая лихорадка,
женщины фертильного
возраста,
распространенность.**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ
РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ
У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО
ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ
В ТАШКЕНТЕ****Резюме.** В статье описывается распространенность ревматической лихорадки (РЛ) среди женщин детородного возраста (15–35 лет) г. Ташкента. Первичная заболеваемость РЛ составляет 0,6%, а первичная выявляемость РЛ с уже сформировавшимся пороком сердца – 1,8%. Распространенность РЛ у женщин в возрасте 15–35 лет составляет 29,4%. Самая высокая распространенность РЛ (39,8%) отмечена у женщин в возрасте 15–19 лет. Распространенность приобретенных пороков клапанов сердца во всех возрастных группах одинакова.**ВВЕДЕНИЕ**

Ревматическая лихорадка (РЛ) – достаточно распространенное заболевание. Как известно, оно является причиной инвалидности в молодом возрасте и отражается на состоянии здоровья населения в целом. РЛ в основном возникает у детей и подростков в возрасте 7–14 лет, дает осложнение в виде пороков клапанов сердца и миокардиосклероза, особенно поражает женщин фертильного возраста (15–35 лет). Этим определяется социальная значимость РЛ. РЛ и вызываемые ею осложнения требуют проведения широкомасштабных профилактических мероприятий.

Распространенность РЛ колеблется от 0,7–1,4% в популяции (Беневоленская Л.И. и соавт., 1971; Бобырев В.Н., 1977; Беневоленская Л.И., 1988; Насонова В.А., 1991; Горяев Ю.А., Меньшикова Л.В., 1996). Распространенность РЛ среди женщин детородного возраста в Узбекистане не изучена.

РЛ и ревматические болезни сердца занимают первое место среди экстрагенитальной патологии и вызывают морфологические и функциональные нарушения в различных системах организма. Из органических заболеваний сердца у женщин чаще встречаются ревматические поражения клапанов, а из заболеваний миокарда на первом месте по частоте стоит ревматический миокардит. Женщины болеют РЛ в 1,5–2 раза чаще, чем мужчины (Acheson R.M., 1983; Hannan M.T., 1996). Ревматические поражения сердца у женщин наблюдаются довольно часто – от 0,7 до 3,5%.

Экстрагенитальная патология, в частности РЛ в период беременности, представляет серьезную опасность как для будущей матери, так и для плода (Heyl W., Rath W., 1995).

Целью работы явилось изучение распространенности РЛ и ревматических пороков сердца среди женщин фертильного возраста, проживающих в Ташкенте.

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось согласно рекомендациям, изложенным в «Эпидемиологии ревмати-

ческих болезней». Эта программа создана под руководством проф. Л.И. Беневоленской (1988) и включает в себя стандартизованную методику для сбора информации и унифицированные критерии диагностики, разработанные в Институте ревматизма РАМН (г. Москва).

Согласно программе обследование проводили в 3 этапа: 1-й – поголовный профилактический осмотр женского населения в возрасте 15–35 лет (скрининговое исследование); 2-й – углубленный осмотр и обследование больных, а также лиц с подозрением на РЛ, имеющих хотя бы один положительный клинический скрининг-тест); 3-й – анализ полученных данных на соответствие критериям болезни. Исследование проводили в городской поликлинике № 35 г. Ташкента.

Для уточнения диагноза применяли клинико-инструментальные и лабораторные исследования – ЭКГ, ЭхоКГ, определение СОЭ, титров АСЛ-О. Диагноз РЛ устанавливали в стационаре.

Диагностические критерии РЛ включают в себя 10 различных информативных синдромов и их сочетаний. Каждый синдром оценивали в условных единицах, которые суммируются в окончательное пороговое значение. В итоге состояние больного классифицируется тремя категориями: определенный ревматизм (при сумме условных единиц 5 и более); вероятный ревматизм (при сумме условных единиц 2; 3; 4) и отсутствие ревматизма (при сумме условных единиц менее 2).

Неполное проявление наиболее специфических синдромов позволяет установить диагноз вероятного ревматизма, но комбинация их в результате может дать сумму условных единиц, достаточную для диагностики определенного ревматизма. Кроме того, некоторые трудности дифференциации определенного и вероятного ревматизма связаны с эффективностью (в анамнезе) лечения первичной РЛ: в 85–90% случаев после первой атаки порок сердца не формируется (Беневоленская Л.И., 1971, 1988).

Таким образом, больные с указанием в анамнезе на ревматическую атаку, но без признаков

поражения сердца отнесены нами к группе вероятного ревматизма.

Всего обследованы 1698 женщин фертильного возраста (15–35 лет). Эта случайная выборка была разделена на 3 группы в зависимости от возраста: в 1-ю группу вошли 502 женщины 15–19 лет; во 2-ю – 735 женщин 20–29 лет; в 3-ю – 461 женщина 30–35 лет. Из общего числа обследованных были выделены 122 (7,2%) пациентки, у которых имелся хотя бы один признак, схожий с диагностическими критериями РЛ.

После уточнения состояния 122 пациенток 52 из них исключили из дальнейшего анализа ($E_i > \alpha$) (Беневоленская Л.И., 1971, 1988). Состояние оставшихся 70 женщин соответствовало параметрам диагностических критериев РЛ ($E_i > \alpha$), из них у 50 был установлен диагноз определенного или вероятного ревматизма.

Полученный материал обработан методом вариационной статистики с применением t-критерия Стьюдента, непараметрические данные с применением χ^2 - критерия Фишера.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Как видно из табл. 1, определенный ревматизм (ОР) был диагностирован у 12 из 502 обследованных 1-й группы, что составило 23,9% на 1000, вероятный ревматизм (ВР) – у 8 из 502, или 15,9% на 1000; суммарный ревматизм (СР) был у 20 больных, что составило 39,8% на 1000 населения.

Таблица 1
Распространенность РЛ среди женщин фертильного возраста (на 1000 человек)

Группа	Возраст, лет	Количество обследованных	Выявленная РЛ (абс. число/процент)		
			ОР	ВР	СР
1-я	15–19	502	12/23,9*	8/15,9	20/39,8*
2-я	20–29	735	12/26,3	6/8,2	18/24,8
3-я	30–35	461	7/15,1	5/10,7	12/25,8
Всего	15–35	1698	31/18,3	19/11,2	50/29,4

* Разница распространенности РЛ между 1-й, 2-й и 3-й группами достоверна ($F > 4$; $p < 0,05$).

Во 2-й и 3-й группах показатели распространенности РЛ были достоверно ниже ($F > 4$; $p < 0,05$); ОР – у 26,3 и 15,1%, ВР – у 8,2 и 10,7%, СР – у 24,8 и 25,8% соответственно. В целом ОР во всей выборке установлен у 31 (18,3%) из 1698 обследованных, ВР – у 19 (11,2%), СР – у 50 (29,4%) пациенток.

Причинами гипердиагностики РЛ у женщин в возрасте 15–35 лет были хронический тонзиллит, тиреотоксикоз, нейроциркуляторная дистония, у женщин 2-й и 3-й групп в число причин ошибочного диагноза входит также железодефицитная анемия.

Распространенность приобретенных пороков клапанов сердца приведена в табл. 2.

Отмеченное ежегодное увеличение числа больных с РЛ соответственно увеличило число лиц с

пороками клапанов сердца во 2-й и 3-й возрастных группах. Так, в возрасте 15–19 лет приобретенный порок сердца был у 11 (55%) из 20 больных с СР, что составило в пересчете на 1000 популяции 21,9%.

В возрасте 20–29 лет приобретенные пороки сердца обнаружены у 15 (83,3%) из 18 больных с СР, что составило 20,4% в пересчете на 1000 популяции; в возрасте 30–35 лет – соответственно у 10 (83,3%) из 12 больных (21,7% на 1000 популяции). Анализ частоты приобретенных пороков сердца выявил достоверную внутрigrупповую разницу ($\chi^2 > 4$; $p < 0,05$) между показателями 1-й и показателями 2-й и 3-й групп. В то же время разницы между 2-й и 3-й группами по частоте приобретенных пороков клапанов сердца не было.

Однако распространенность этой патологии на 1000 женщин остается высокой и практически одинаковой во всех 3 группах обследованных.

Среди больных 1-й группы число лиц с впервые выявленной РЛ составляет 2 или 4 на 1000. Из них первичная РЛ была у 1 (5%) из 20 больных с РЛ, или 2 на 1000. У больных 2-й группы была впервые выявлена РЛ с уже сформированным пороком клапанов – у 5%, или 2 на 1000 обследованных. Среди 18 больных 2-й группы и 12 больных 3-й группы лиц с первичной РЛ не было. У 17 из 18 обследованных 2-й группы, у 11 из 12 больных 3-й группы пороки клапанов сердца были диагностированы до настоящего исследования, у 2 из них пороки сердца впервые были выявлены в момент обследования. У женщин 2-й группы РЛ составила 1,4 случая на 1000; 3-й группы – 2,2 на 1000.

Первичная заболеваемость РЛ установлена у одной из 1698 женщин (0,6 на 1000). Число лиц с вновь выявленной РЛ с уже сформированным пороком клапана сердца было 3 (1,8 на 1000 женщин). По-видимому, подобное ежегодное увеличение числа больных с РЛ и привело к увеличению количества лиц с пороками сердца во 2-й и 3-й наблюдаемых группах.

Таким образом, распространенность РЛ среди женщин фертильного возраста в возрастном аспекте неодинакова. Она наиболее высока среди женщин в возрасте 15–19 лет, что подтверждает мнение о РЛ как о болезни молодого возраста. Заболеваемость и первичная выявляемость РЛ составляет соответственно 0,6:1000 и 1,8:1000. Увеличение случаев РЛ в возрастном аспекте сглаживает разницу в осложнении РЛ в виде пороков клапанов сердца, что в итоге приводит почти к одинаковой распространенности приобретенных пороков сердца среди женщин фертильного возраста во всех изучаемых группах.

ВЫВОДЫ

1. Распространенность суммарного ревматизма среди женщин в возрасте 15–35 лет, проживающих в Ташкенте, составляет 29,4%.

2. Наиболее высокие цифры распространенности РЛ выявлены среди женщин в возрасте 15–19 лет (39,8%). Первичная заболеваемость РЛ составляет

Таблица 2
Распространенность приобретенных пороков сердца

Группа	Возраст, лет	СР	Больные с приобретенными пороками сердца (абс. число/процент)
1-я	15–19	20 (40%)	11/55
2-я	20–29	18 (36%)	15/83,3
3-я	30–35	12 (24%)	10/83,3
Всего	15–35	50 (100%)	36/72

0,6%, больные с впервые выявленной РЛ, в том числе с уже сформированным пороком сердца – 1,8%.

3. Распространенность приобретенных пороков клапанов сердца среди женщин в возрасте 15–35 лет составляет 21,2%.

4. Полученные данные требуют пристального внимания педиатров, ревматологов, терапевтов и акушеров-гинекологов.

ЛИТЕРАТУРА

Беневоленская Л.И. (1971) Изучение первичной заболеваемости ревматизмом в г. Москве. Эпидемиология ХНИЗ. Научн. тр. Вып. 109, Иркутск, с. 59–62.

Беневоленская Л.И. (1988) Эпидемиология ревматических болезней. Медицина, Москва.

Бобьрев В.Н. (1977) Эпидемиология ревматизма. Ярославль, с. 122.

Горяев Ю.А., Меньшикова Л.В. (1996) Проспективное эпидемиологическое исследование ревматизма в Иркутской области. Вестн. РАМН, Москва, 11: 50–52.

Насонова В.А. (1991) Ревматизм – современное состояние вопроса. Клин. медицина, 69(5): 115–121.

Acheson R.M. (1983) Epidemiology and the arthritis. -fn: Pollution studies of the schematic diseases. Ed P.H. Bennett, Ph. H.W. Wood. Ann. Rheum. Dis., 41: 325–334.

Hannan M.T. (1996) Epidemiologic perspectives on women and arthritis: an overview. Arthritis Case Ros., 9(6): 424–434.

Heyl W., Rath W. (1995) Rheumatic diseases in pregnancy-problem from the view point of the gynecologist. Geburtshilfe Frauenheilkd, 55(10): 121–124.

ПОШИРЕНІСТЬ РЕВМАТИЧНОЇ ЛИХОМАНКИ У ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ В ТАШКЕНТІ *Д.К. Маманазарова, С.Д. Искандарова*

Резюме. У статті описано поширеність ревматичної лихоманки (РЛ) серед жінок репродук-

тивного віку (15–35 років) м. Ташкента. Первинна захворюваність РЛ становить 0,6%, а первинне вивлення РЛ з уже сформованою вадою серця – 1,8%. Поширеність РЛ у жінок віком 15–35 років становить 29,4%. Найбільш висока поширеність РЛ (39,8%) відзначена у жінок віком 15–19 років. Поширеність набутих вад клапанів серця в усіх вікових групах однакова.

Ключові слова: ревматична лихоманка, жінки фертильного віку, поширеність.

RHEUMATIC FEVER PREVALENCE AMONG CHILD-BIRTH WOMEN IN TASHKENT

D.K. Mamanazarova, S.D. Iskanderova

Summary. This article is about prevalence of rheumatic fever (RF) among child-birth women in Tashkent. RF is a disease of young women. Initial morbidity of RF comes to 0,6%, and 1,8% of patients with formed valvular disease are revealed first time. Prevalence of RF among women of 15–35 years old comes to 29,4%. The highest figures of RF prevalence among women of 15–19 years old comes to 39,8%. Prevalence of acquired valvular disease of the heart among women of 15–35 years old comes to 21,2%.

Key words: rheumatic fever, child-birth women, prevalence.

Адрес для переписки:

Маманазарова Д.К.

700007, Ташкент, Мирзо Улугбековський р-н, ул. Генерала Петрова, 1, кв. 42

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

Лечение ревматоидного артрита коленного сустава артроскопическим лаважем

Sharma A., Baethge B.A., Acebes J.C., Jeffrey R. (1996) Arthroscopic lavage treatment in rheumatoid arthritis of the knee. J. Rheumatol., 11: 1872–1874.

Наблюдали 9 больных с ревматоидным артритом и острым синовитом коленного сустава, которые принимали противоревматические средства, нестероидные противовоспалительные препараты. Когда лечение этими средствами оказалось неэффективным, проводили внутрисуставные введения в коленный сустав кортикостероидов с помощью артроскопической техники. Использовали артроскоп (1,9 мм) и стерильное введение в коленный сустав с последующим лаважем 750 мл физиологического раствора натрия хлорида. После окончания этой процедуры через артроскоп вводили 40 мг триамцинолона. Лечебный эффект оценивали через 4, 8 и 12 нед после проведенного лаважа с применением визуального анализа для определения интенсивности боли по болевой шкале и хронометрии при прохождении дистанции 15 м. У 8 из 9 больных констатировали улучшение тестовых испытаний. Этот эффект сохранялся по меньшей мере 12 нед после выполнения артроскопии. Авторы делают вывод, что лечение с применением

артроскопического лаважа является благотворным при ревматоидном артрите коленного сустава, а сама процедура отличается простотой выполнения и хорошо переносится больными. Ее рекомендуется применять в случаях, когда длительное консервативное лечение оказывается неэффективным.

Заболевание сердца с поражением клапанов при склеродермии и сочетании системной красной волчанки со склеродермией, ассоциированное с выработкой антифосфолипидных антител

Penmetcha M., Rosenbush S.W., Harris Ch.A. (1996) Cardiac valvular disease in scleroderma and systemic lupus erythematosus/scleroderma overlap associated with antiphospholipid antibodies. J. Rheumatol., 12: 2171–2174.

Описаны 2 случая заболеваний, сопровождающихся выработкой антифосфолипидных антител. В одном случае диагностирована склеродермия в сочетании с поражением клапанов аорты, в другом – с системной красной волчанкой, проявляющееся повторным тромбозом вен, легочной эмболией, гемолитической анемией и выраженной митральной регургитацией.