

О.Р. Боярчук<sup>1</sup>  
О.С. Маховська<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського

<sup>2</sup>Тернопільська обласна клінічна лікарня

**Ключові слова:** гостра ревматична лихоманка, хронічна ревматична хвороба серця, ревматоїдний артрит, захворюваність, поширеність.

## СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ РЕВМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

**Резюме.** Проаналізовано динаміку показників захворюваності та поширеності окремих нозологій ревматичних захворювань за останнє десятиріччя серед мешканців різних вікових груп Тернопільської області. Встановлено зниження захворюваності на гостру ревматичну лихоманку у всіх вікових групах. Зростання захворюваності на хронічну ревматичну хворобу серця в підлітковому віці потребує ретельного дотримання тривалості проведення вторинної профілактики ревматизму згідно з діючими протоколами. Катamnестичне спостереження (від 2 до 10 років) дітей, які перенесли гостру ревматичну лихоманку, показало, що у 6,3% дітей діагностовано хронічну ревматичну хворобу серця. У 40,6% дорослих пацієнтів ревматизм перебігав латентно. Показники захворюваності ревматоїдним артритом мають тенденцію до підвищення за останні 2 роки у підлітків та дорослого населення.

### ВСТУП

Незважаючи на вагомий досягнення у зниженні захворюваності на гостру ревматичну лихоманку (ГРЛ), проблема ревматизму і на сьогодні надзвичайно актуальна (Gerber M.A., 2004; Коваленко В.М. і соавт., 2006). Ревматичні вади серця залишаються найчастішою причиною летальних наслідків при серцево-судинних захворюваннях у людей віком молодше 35 років, випереджаючи показники смертності від гіпертонії та ішемічної хвороби серця (Белов Б.С., 2009). За останні десятиріччя відзначено позитивну тенденцію до зниження не лише захворюваності й поширеності ревматизму (Steer A.C. et al., 2002), але й змінилися погляди на класифікацію хвороби. Згідно з МКХ-10 ми розрізняємо ГРЛ, повторну ревматичну лихоманку (новий епізод з передуючою стрептококовою інфекцією) та хронічну ревматичну хворобу серця (ХРХС). У 75% дітей тривалість ГРЛ становить до 3 міс, у 5% хворих може тривати до 6 міс (Steven J. Parrillo, 2008). Традиційно в нашій країні дотримувалися положення А.І. Нестерова, згідно з яким ревматизм — первинно-хронічне захворювання, тому після першої атаки ревматизму людина все життя вважалася хворою на ревматизм (Ганджа І.М., 2000). Світова ревматологія заперечує хронічний та безперервно рецидивуючий перебіг ГРЛ. Діагноз ХРХС правомірний за наявності вади серця чи післязапального краєвого фіброзу стулок клапанів (Насонова В.А. і соавт., 2003).

Традиційне визначення показників захворюваності та поширеності не завжди повністю відповідає дійсній епідеміологічній картині (Дорогой А.П., 2005). Лише аналіз динаміки показників дає змогу виявити певні тенденції розвитку хвороби та вчасно розробити заходи для запобігання тих чи інших наслідків.

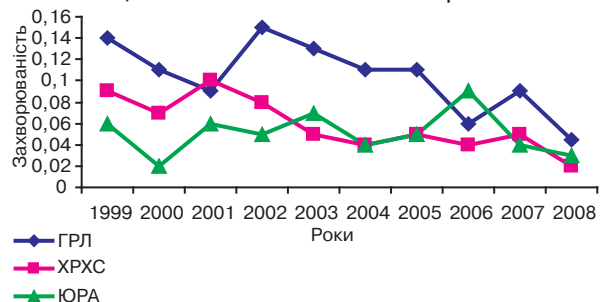
### ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Нами проведено аналіз динаміки показників захворюваності та поширеності основних нозологій ревматичних захворювань за останнє десятиріччя серед мешканців Тернопільської області з метою визначення напрямків усунення розвитку негативних тенденцій.

Проаналізовано 110 медичних карт стаціонарних хворих віком від 3 до 17 років, які перенесли ГРЛ і перебували на лікуванні в Тернопільській державній міській клінічній лікарні з 1996 до 2008 р., та проведено анамнестичне дослідження у 32 пацієнтів віком 25–45 років із ХРХС із мітральними й аортальними вадами серця, які перебували на лікуванні в ревматологічному відділенні Тернопільської обласної клінічної лікарні.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

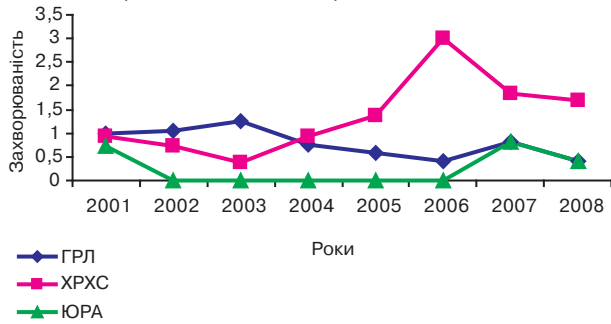
За останні роки захворюваності дітей Тернопільської області на ГРЛ (рис. 1) відзначено тенденцію до зниження (0,15 у 2002 р. до 0,04 у 2008 р. на 1 тис. дитячого населення). Захворюваність на ХРХС у 2001 р. (0,10) була максимальною, в подальші 3 роки спостерігалось зниження, а в останні роки відмічаються стабільні цифри (0,04–0,05 на 1 тис. дитячого населення). Найнижчий показник (0,02) відзначено у 2008 р. Зниження захворюваності на ХРХС може свідчити про ефективну вторинну профілактику ревматизму. Крива захворюваності на ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА) має строкатий характер, із максимальним показником у 2006 р. (0,09 на 1 тис. дитячого населення) та стабілізацією показників в останні 2 роки.



**Рис. 1.** Захворюваність дітей віком 0–14 років Тернопільської області на 1 тис. дитячого населення

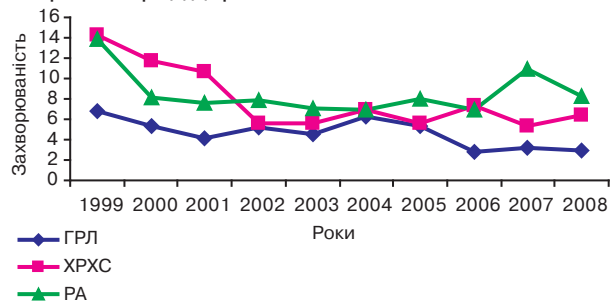
Водночас відзначено зростання захворюваності підлітків на РА (рис. 2). Показники захворюваності підлітків на ГРЛ коливаються в межах 1,24 (2003 р.)

до 0,40 (2008 р.) на 10 тис. населення, відзначається їх стабільність в останні роки. Проте в підлітковому віці зростає захворюваність на ХРХС. Невпинний її ріст спостерігався з 2003 до 2006 р. та за останні 2 роки відмічено певну позитивну динаміку, хоча захворюваність залишається ще на високих цифрах (1,85; 1,68 на 10 тис. підлітків). Підвищення захворюваності на ХРХС у підлітковому віці може свідчити про недостатню тривалість вторинної профілактики. Також необхідно враховувати, що у підлітків найчастіше відзначають випадки як гіпо-, так і гіпердіагностики внаслідок великої частки реакцій дезадаптації (Белов Б.С., 2009).



**Рис. 2.** Захворюваність підлітків віком 15–17 років Тернопільської області на 10 тис. населення

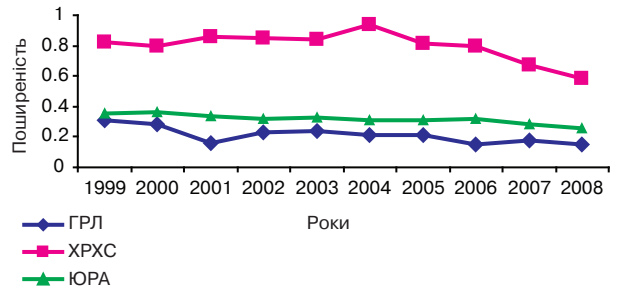
Результати аналізу аналогічних показників захворюваності дорослого населення (рис. 3) свідчать, що захворюваність на ГРЛ також має чітку тенденцію до зниження за останні роки і коливається в межах 2,8–3,2 на 100 тис. дорослого населення за останні 3 роки. Цей показник відповідає середньому показнику по Україні за 2008 р., який становить 3,1 на 100 тис. дорослого населення. Нами відзначено стабілізацію показників за останні 7 років, показник коливається в межах 5,6–7,4 на 100 тис. дорослого населення та є дещо нижчим від середнього показника в Україні (за 2007 р. по області — 5,3; по Україні — 8,8 на 100 тис. населення). Спостерігається зростання захворюваності на РА за останні 2 роки серед дорослого населення.



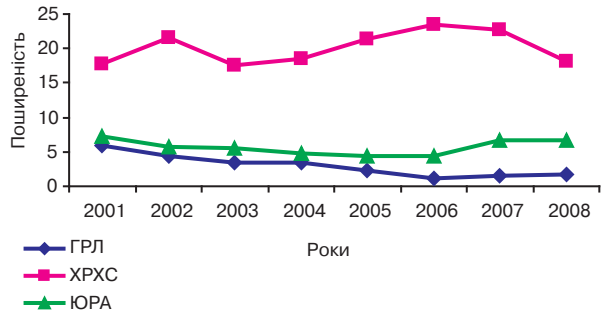
**Рис. 3.** Захворюваність дорослого населення Тернопільської області (на 100 тис. населення)

Виявлено тенденцію до повільного зниження показників поширеності ГРЛ у всіх вікових групах (рис. 4–6). Динаміка поширеності ХРХС у дітей та підлітків має хвилеподібний характер із зниженням показників за 2 останні роки. У дорослого населення даний показник знизився від 1078,5 у 2001 р. до 924,0 у 2008 р. на 100 тис. населення, проте залишається значно високим порівняно з показниками по Україні. Поширеність РА у дітей коливається

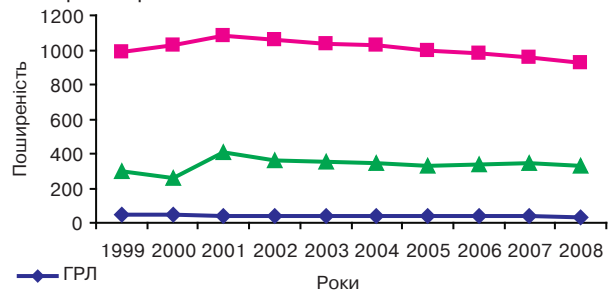
від 0,36 в 2000 р. до 0,26 у 2008 р. на 1 тис. дитячого населення. У підлітків за 2 останні роки відмічено зростання поширеності захворювання (від 4,3 у 2005 р. до 6,7 в 2008 р. на 10 тис. підлітків). У дорослих також спостерігається повільне зниження поширеності РА (від 405,8 у 2001 р. до 327,2 у 2008 р. на 100 тис. населення). Цей показник також перевищує середній показник по Україні, який становить 206,0 на 100 тис. дорослого населення.



**Рис. 4.** Поширеність ревматичних захворювань у дітей віком 0–14 років Тернопільської області на 1 тис. дитячого населення



**Рис. 5.** Поширеність ревматичних захворювань у підлітків віком 15–17 років Тернопільської області на 10 тис. населення



**Рис. 6.** Поширеність ревматичних захворювань у дорослих жителів Тернопільської області на 100 тис. населення

За результатом порівняння захворюваності на всі форми ревматизму показник за 2008 р. у Тернопільській області нижчий, ніж по Україні (9,4 і 14,3 на 100 тис. населення відповідно). Проте поширеність всіх форм ревматизму в Тернопільській області значно перевищує середній показник по Україні (958,2 і 487,1 на 100 тис. населення відповідно). Такий дисонанс не можна вважати природним, ситуація потребує детального вивчення. Очевидно, мають місце не лише труднощі діагностики ГРЛ, різні методичні підходи до діагнозу, переважання безсимптомних форм, латентного перебігу захворювання, проблеми безперервної вторинної профілактики пролонгованими формами біциліну, а й різні підходи до встановлення етіології набутих вад серця. Результати проведеного нами дослідження анамнезу в дорос-

лих пацієнтів показали, що у 43,7% пацієнтів виявлено ревматичний анамнез в дитячому чи в підлітковому віці. У 40,6% пацієнтів в анамнезі не знайдено даних щодо гострого процесу. Ревматична хвороба серця у них була діагностована лише при виявленні вади серця — випадково або у зв'язку з проявами серцевої недостатності. Катамнестичне спостереження (від 2 до 10 років) дітей, які перенесли ГРЛ, показало, що лише у 6,3% дітей діагностовано ХРХС із формуванням вади серця чи післязапального краевого фіброзу стулок. Половина цих дітей не отримували вторинну профілактику у зв'язку з алергічними реакціями або не було досягнуто комплаєнсу.

**ДИСКУСІЯ**

Встановлено, що набуті вади серця є поліморфною патологією (Книшов Г.В. и соавт., 2001). Найчастіше їх причиною є ревматичне ураження (у 50,8%). За останні роки значно зросла роль інфекційного ендокардиту (17,6%) та незапальних патологічних процесів (31,6%): атеросклеротичного ураження, рідше дисплазії клапанів і міксоматозної дегенерації. Тобто ревматичну природу набутих вад серця також слід трактувати з обережністю. За даними М.Г. Ілляш (2005) такі вади, як мітральний, аортальний стеноз у 100% виникають внаслідок перенесеного ревматизму, не зважаючи на відсутність у 30–50% з них в анамнезі ГРЛ, що відповідає нашим даним. Про підвищену частоту випадків перебігу ревматизму із затяжним та латентним перебігом вказують і інші автори (Бенца Т., 2004). З іншого боку, Т.М. Решетняк та співавтори (2008) зазначають, що мітральний стеноз, який сформувався латентно і раніше вважався наслідком лише ревматичного процесу, може виникати і при первинному антифосфоліпідному синдромі.

За даними В.А. Насонові (1997), майже 1/3 частин людей, хворих на ревматизм, не спостерігаються у лікарів і, відповідно, не враховуються статистикою. Існують проблеми зі статистичною звітністю і у дитячого населення. Дитині, яка перенесла ГРЛ без кардиту, згідно з Наказом МОЗ України від 19.07.2005 р. № 362 вторинна профілактика ревматизму проводиться до 18 років, ГРЛ з проявами кардиту — до 25 років, а при ваді серця — пожиттєво. Отримані статистичні дані підтверджують необхідність тривалої безперервної профілактики стрептококової інфекції, оскільки до введення в дію цього Наказу відзначено зростання захворюваності на ХРХС в підлітковому віці (див. рис. 2). Ці діти повинні перебувати на диспансерному обліку. У різних регіонах існують відмінності щодо встановлення діагнозу в цієї когорти дітей. Встановлюють такі варіанти діагнозів: ГРЛ, виздоровлення; ГРЛ без вади серця; ревматична хвороба без ураження серця, ревматизм, неактивна фаза тощо. Відповідно виникають різні підходи до їх статистичної обробки, що спотворює реальну картину захворювання.

**ВИСНОВКИ**

Зниження захворюваності на ГРЛ відзначається у всіх вікових групах. Зростання захворюваності на ХРХС у підлітковому віці потребує ретельного дотри-

мання тривалості проведення вторинної профілактики ревматизму згідно з діючими протоколами.

Виявлено тенденцію до підвищення показників захворюваності й поширеності РА у підлітків та захворюваності цієї хвороби у дорослого населення за останні 2 роки.

ГРЛ у дітей при адекватній вторинній профілактиці рідко призводить до розвитку ХРХС. У 40,6% хворих ХРХС має латентний перебіг.

Ревматичну природу вперше виявлених набутих вад серця без ознак передуючої ГРЛ слід трактувати з обережністю.

**ЛІТЕРАТУРА**

**Белов Б.С.** (2009) Острая ревматическая лихорадка у подростков: современные аспекты. Вопросы современной педиатрии. Ревматология. Дайджест 2006–2009: 56–61.

**Бенца Т.** (2004) Острая ревматическая лихорадка и ревматическая болезнь сердца: современное состояние проблемы. Ліки України, 7–8: 17–21.

**Ганджа І.М.** (2000) До питання про попередження рецидивів ревматизму. Укр. ревматол. журн., 1: 44–46.

**Дорогой А.П.** (2005) Динаміка показників поширення гострої ревматичної гарячки і хронічних ревматичних хвороб серця серед населення України. Укр. ревматол. журн., 4(22): 7–9.

**Ильш М.Г.** (2005) Новое в лечении пороков сердца. ДСГ Лтд, Киев, 80 с.

**Кнышов Г.В., Бендет Я.А., Ситар Л.Л. и др.** (2001) Хирургическое лечение в Украине приобретенных пороков сердца: состояние, проблемы и перспективы. Укр. ревматол. журн., 3–4(5–6): 8–14.

**Коваленко В.М., Дорогой А.П., Борткевич О.П.** (2006) Ревматизм. Укр. мед. газета, 7–8: 8–9.

**Наказ № 362 МОЗ України** «Про затвердження протоколів діагностики та лікування кардіоревматологічних хвороб у дітей» від 19.07.2005 р.

**Насонова В.А. (ред.)** (1997) Ревматические болезни: Руководство для врачей. Медицина, Москва, 519 с.

**Насонова В.А., Кузьмина Н.Н., Белов Б.С.** (2003) Классификация и номенклатура ревматической лихорадки. Педиатрия, 3: 4–9.

**Решетняк Т.М., Середавкина Н.В., Насонов Е.Л.** (2008) Поражение сердца при антифосфолипидном синдроме: состояние проблемы на рубеже XXI века. Consilium Medicum, 10/11.

**Gerber M.A.** (2004) Rheumatic fever. In: Behrman R.E., Kliegman R.M., Jensen H.B., eds. Nelson: Textbook of Pediatrics. 1996. 17<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Elsevier: 874–879.

**Steer A.C., Carapetis J.R., Nolan T.M., Shann F.** (2002) Systematic review of rheumatic heart disease prevalence in children in developing countries: the role of environmental factors. J Paediatr Child Health. 38(3): 229–234.

**Steven J. Parrillo** (2008) Rheumatic fever. [WWW document]. URL <http://www.eMedicineSpecialties /Emergency Medicine/ RHEUMATOLOGY> (5 травня 2008).

**СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**О.Р. Боярчук, А.С. Маховская**

**Резюме.** Проанализированы показатели заболеваемости и распространенности отдельных нозологий ревматических заболеваний за последнее десятилетие среди жителей разных возрастных групп Тернопольской области. Установлено снижение заболеваемости острой ревматической лихорадкой у всех возрастных групп. Повышение заболеваемости хронической ревматической бо-

лезню сердца в подростковом возрасте требует тщательного соблюдения длительности проведения вторичной профилактики ревматизма соответственно протоколам лечения. Катамнестическое наблюдение (от 2 до 10 лет) детей, перенесших острую ревматическую лихорадку, показало, что у 6,3% диагностирована хроническая ревматическая болезнь сердца. У 40,6% взрослых пациентов ревматизм протекал латентно. Показатели заболеваемости ревматоидным артритом имеют тенденцию к повышению за последние 2 года у подростков и взрослого населения.

**Ключевые слова:** острая ревматическая лихорадка, хроническая ревматическая болезнь сердца, ревматоидный артрит, заболеваемость, распространенность.

## MODERN TENDENCY OF RHEUMATIC DISEASES DEVELOPMENT

**O.R. Boyarchuk, O.S. Mahovska**

**Summary.** *The analysis of morbidity and prevalence some rheumatic diseases for the 10 years periods*

*among different ages group patients of Ternopil region was carried out. The decrease of acute rheumatic fever morbidity was determined in children, adolescents and adult. The increasing of chronic rheumatic heart disease morbidity among adolescents needs following duration prophylaxis against recurrent streptococcal infection according to treatment standards. 6.3% of chronic rheumatic heart disease was defined in children with acute rheumatic fever during long-term observation (from 2 to 10 years). 40.6% of adult patients had asymptomatic duration of rheumatic heart disease. The increase of rheumatoid arthritis morbidity during last 2 years was determined in adolescents and adult.*

**Key words:** acute rheumatic fever, chronic rheumatic heart disease, rheumatoid arthritis, morbidity, prevalence.

### Адреса для листування:

Боярчук Оксана Романівна  
46000, Тернопіль, вул. Лесі Українки, 18/134  
E-mail: boyarchuk\_oksana@mail.ru

## РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

### В Канаде повысилась смертность при применении опиатов

По материалам [www.cmaj.ca](http://www.cmaj.ca); [www.cbc.ca](http://www.cbc.ca)

Количество смертельных случаев, связанных с применением наркотических анальгетиков, в провинции Онтарио, Канада, заметно возросло в период с 1991 по 2007 г. Об этом 8 декабря сообщил журнал «Canadian Medical Association Journal». Значительное увеличение доли летальных исходов связывают с внесением в региональный формуляр препарата ОхуContin™ (оксикодон, «Purdue Pharma»). Руководитель исследования Ирфан Далла (Irfan Dhalla) отметил, что большинство смертей были случайными, однако добавил: «Многие терапевты не могут полностью оценить опасность этих препаратов».

В исследовании рассматривались тенденции в назначении анальгетиков в Онтарио, а также административные данные по медицинским услугам; кроме того, проводился обзор всех случаев смерти от наркотических анальгетиков в период с 1991 по 2007 г. Выводы показали, что в 2004 г. количество смертей, связанных с этой группой препаратов, удвоилось с 13,7 случаев на 1 млн человек до 27,2.

Количество назначений оксикодона выросло на 850% с 1991 по 2007 г., а введение ОхуContin в формуляр было связано с пятикратным повышением смертности в связи с его применением, заявили исследователи. Более того, общая смертность от опиатов возросла на 41%.

Бенедикт Фишер (Benedikt Fischer), прокомментировавший это исследование в журнале, высказал предположение, что назначение опиатов может быть чрезмерным. Также Б. Фишер отметил, что особое внимание следует уделять вопросу, почему этот показатель возрастает, в то время как указанные препараты являются необходимыми для достижения определен-

ных результатов в лечении. Кроме этого, необходимо понять, что можно сделать для уменьшения применения этих препаратов, дабы максимально улучшить общественное здоровье без неоправданного сопутствующего ущерба, подчеркнул Б. Фишер.

### «Bristol-Myers Squibb» готова отдать 1 млрд дол. за противоревматический препарат

По материалам [www.bms.com](http://www.bms.com); [www.alderbio.com](http://www.alderbio.com); [www.forbes.com](http://www.forbes.com)

Компании «Bristol-Myers Squibb» и «Alder Biopharmaceuticals Inc.» объявили о заключении глобального соглашения на сумму более 1 млрд дол. США, которую «Bristol-Myers Squibb» выплатит за эксклюзивные права на разработку и коммерциализацию препарата моноклонального антитела ALD518, клиническое исследование IIa фазы которого только закончилось. Препарат исследовался относительно лечения ревматоидного артрита, заявляют компании.

В установленные соглашением сроки «Bristol-Myers Squibb» осуществит авансовый платеж наличными в размере 85 млн дол., после чего будет выплачивать промежуточные выплаты, в сумме составляющие до 764 млн дол. «Alder Biopharmaceuticals» также получит роялти, если ALD518 будет одобрен. Сделка предоставляет «Bristol-Myers Squibb» глобальные права в отношении всех потенциально возможных показаний к применению данного препарата, кроме лечения рака.

«Bristol-Myers Squibb» в настоящее время уже маркетует противоревматический препарат этой же компании под торговой маркой Oregencia® (абатацепт), объем продаж которого за первые 9 мес этого года составил 434 млн дол., что на 39% больше по сравнению с аналогичным периодом предыдущего года.