

ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

РЕВМАТИЗМ СЕГОДНЯ — РЕГИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Александровский А.А.¹, Колпаков Е.В.², Романов М.Д.¹, Морозов М.Ю.³, Кузнецик Т.А.¹, Лещанкина Н.Ю.¹, Кельдюшова О.С.¹, Матвеева М.В.¹, Рындина А.В.¹, Арюкова Л.В.¹

Мордовский государственный университет им. Н.П.Огарева¹, Городская клиническая больница № 4³, Саранск; НИИ трансплантологии и искусственных органов МЗ и СР РФ², Москва

Резюме

Считается ли изучение ревматизма сегодня актуальной темой? Существует мнение, что — «не очень!». Однако в развивающихся странах, население которых составляет 2/3 мировой популяции, ревматизм, пороки сердца и стрептококковая инфекция верхних дыхательных путей представляют все еще нерешенную проблему. Даже в США угроза ревматизма не ликвидирована, что и было доказано вспышкой названной патологии среди солдат-новобранцев и в школах некоторых штатов в конце 80-х годов. Также подтверждает сказанное огромное число операций протезирования клапанов сердца во всех странах. А вот показания для этих операций нуждаются в уточнении. Это касается как тяжелых больных, имеющих СН 4, так и легких пациентов с бессимптомным течением порока. Россия по распространенности ревматизма входит в группу лидеров, уступая первенство лишь Китаю, Индии и некоторым странам Тихоокеанского бассейна. В Мордовии заболеваемость ревматизмом и пороками сердца у взрослых выше, а у детей значительно ниже, чем в Российской Федерации в среднем. Данные об очаговой инфекции в детском и подростковом возрасте позволяют предположить, что, возможно, одна из причин установленной диспропорции — в недостаточной подготовке педиатров и врачей общелечебной сети по ревматологии.

Итак, проблема ревматизма существует, в России и в Мордовии, в том числе. Ее особенности следует изучать и далее. Эффективной организационной структурой для первичной и вторичной профилактики могут оказаться современные телемедицинские центры с мощной лабораторно-инструментальной диагностической базой, ревматологическими регистрами и информационно-справочным электронным порталом.

Ключевые слова: ревматизм, пороки сердца, эпидемиология, лечение, профилактика, телемедицина.

Несмотря на то, что заболеваемость ревматизмом в последние десятилетия как будто снижается, проблема эффективной борьбы с ним остается актуальной. Тема ревматизма, клапанных пороков сердца и стрептококковой инфекции верхних дыхательных путей имеет особенно большое значение в развивающихся странах. Вопрос тем более важен, что население этих стран составляет 2/3 мировой популяции [3, 14, 23, 35, 26, 35, 42, 46, 52]. Нельзя не обратить внимания на статистику. Ежегодная заболеваемость ревматизмом в развитых странах в настоящее время менее 1,0/100.000, но в развивающихся — коэффициенты иные: от 1,0 в Коста-Рике до 100 в Судане и даже до 150/100.00 в Китае. Привлекает внимание разброс данных у школьников в западной тихоокеанской области: в Новой Зеландии ревматическое поражение сердца установлено у 6,5 коренного населения (Маори), у 0,9 — не Маори, в Северной Австралии — 6, а в сравнительно близко расположенном Самоа — 77,8/100000. В Индии из 229829 обследованных детей ревматические пороки составили 0,68/1000 [44]. В соседнем Пакистане (в одном из сельских районов) распространенность ревматизма 5,7/1000 [60]. Наиболее полно и наглядно заболеваемость ревматизмом в мире представлена в Атласе ВОЗ (рис. 1) [25,43,59]. Совершенно не согласуются с приведенными сведениями результаты Фремингамского

изучения 1696 здоровых мужчин (м.) и 1893 женщин (ж.) в возрасте 54 ± 10 лет, подвергнутых ультразвуковому исследованию для диагностики возможных пороков сердца. Митральная недостаточность средней и тяжелой степени обнаружена у 19,0% м. и 19,1% ж., трехстворчатая — у 14,8% м. и 18,4% ж., аортальная — у 13% м. и 8,5% ж. В каждом следующем десятилетии жизни частота митральной регургитации увеличивается в 1,3 раза, трехстворчатой — в 1,5, а аортальной — в 2,3 раза [63].

Эти данные еще раз подтверждают возможность бессимптомного течения порока сердца у значительного количества лиц, считающихся практически здоровыми [24,45]. Правда, есть и противоположные данные И.В.Самородской, что в РФ в 2003 г. среди болезней системы кровообращения заболеваемость ревматическими болезнями составила 1,3%, а доля смертности — 1% [17]. Складывается впечатление, что отчеты из поликлиник и больниц не отражают в полной мере истинное распространение разбираемой патологии в популяции. Надо сказать, что клапанная регургитация 1-2 ст. часто встречается в заключениях ультразвукового исследования сердца. Под влиянием врача функциональной диагностики кардиолог тоже невнимательно оценивает установленный симптом, считая его вариантом нормы. Такой подход чреват врачебной ошибкой,

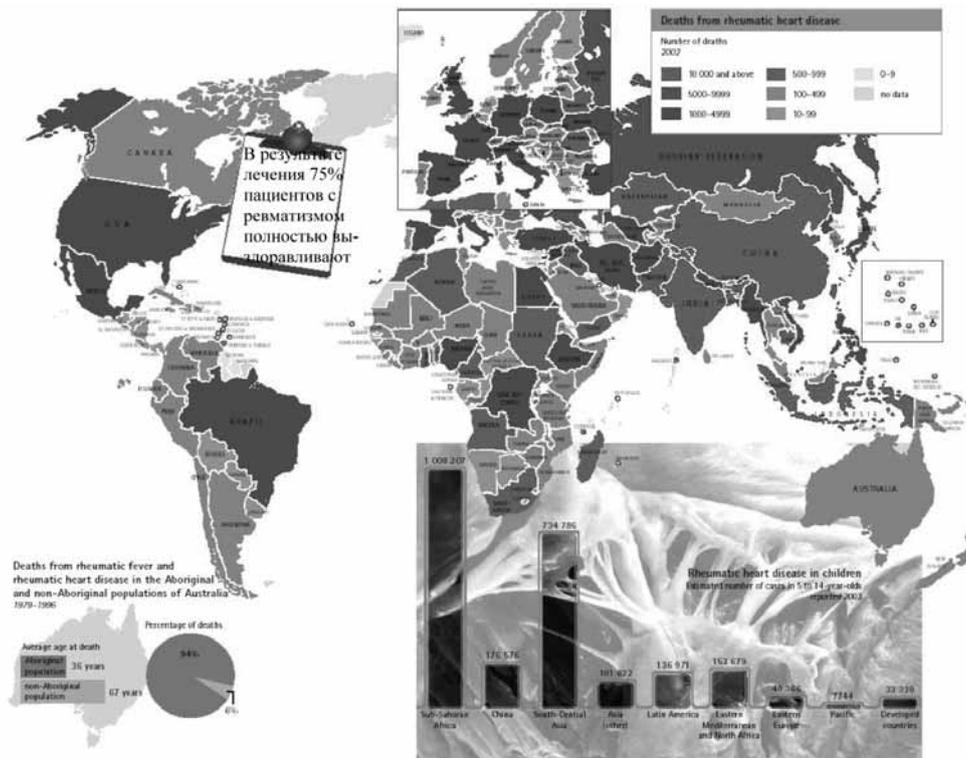


Рис. 1. Ревматизм и ревмокардит в мире.

(в цвете данную картодиаграмму можно рассмотреть в Интернет. Адрес: <http://www.who.int>, затем в первой части: Part one: cardiovascular disease нажать вторую строчку – Rheumatic fever [pdf 884 kb]. Печатается с разрешения: Department of Knowledge Management. World Health Organization, July, 13, 2005.

так как, например, у больных ИБС умеренная регургитация считается предвестником наступления скорой смерти или, как минимум, неотложной госпитализации в связи с усугублением СН [48]. Имеется справедливое мнение, что при дифференциальной диагностике клапанной некомпетентности малых градаций у пациентов со структурно нормальным сердцем необходимо применять не гемодинамические характеристики обнаруженного явления, а данные по самим клапанам, в частности, индекс толщины и протяженности утолщения передней митральной створки. Согласиться или не согласиться с физиологическим происхождением обнаруженного признака можно только после холтеровского исследования ЭКГ, лабораторных «ревматических» проб и повторного, через 2-3 месяца и позже, эхокардиографического исследования [3]. Как правило, подобное углубленное обследование не проводится, и формирующийся клапанный порок просматривается. Вообще, диагноз считается более надежным, когда он подтверждается и лабораторно-инструментальными данными, и заключением патологоанатома. Вот почему за «твердую» конечную точку эпидемиологических исследований обычно принимают, прежде всего, смертность больных, когда двоякое толкование исхода болезни исключается.

В 2000 г. показатель смертности от ревматической лихорадки в мире был 5,5; в Юго-Восточной Азии –

7,6; в Африке – 4,5; в Европе – 4,3 (Rheumatic Fever ..., 2004). Так, в 2000 г. в Великобритании от ревматизма умерли 1788 чел./58 млн. населения, коэффициент смертности – 3,1 [57]. В 2004 г. в США аналогичный показатель был 3489/280 млн. населения, коэффициент смертности – 1,2 [42]. В России в 1998 г. ревматизм был причиной смерти 8687 чел./140 млн. жителей, коэффициент смертности – 6,0 [21]. Несколько раньше, в 1994 г., распространенность ревматических пороков сердца у взрослых россиян составила 230,8, у подростков – 43,8, у детей – 8,8 на 100.000 населения. В 1997 г. эти цифры оказались 217,9; 63,9; 12,0, соответственно: у взрослых – снижение, у подростков и детей – рост(!) [5]. В 2002 г. острая ревматическая лихорадка впервые в жизни установлена у 1,9, хронические ревматические болезни сердца – у 10,0, в т.ч. ревматические пороки клапанов – у 7,0/100.000 населения. Год назад, в 2001, показатели были немного больше: 2,1; 11,2; 7,1, соответственно [10].

Если смертность от ревматизма занимает 7-е место (1,1-0,8%) в группе болезней органов кровообращения, стоит ли внимания указанная проблема? Вот коронарной болезнью и цереброваскулярной патологией занимаются тысячи, если не миллионы, врачей. По ревматизму работ значительно меньше. Но, по данным Института кардиологии РК НПК МЗ и СР РФ, ревматические пороки сердца занимали 3-е место (18,4%) в группе

главных причин хронической сердечной недостаточности [1]. По последним сведениям, они переместились на 2-е место в этиологии ХСН, особенно в сочетании с ИБС и АГ [16]. И, наконец, в недавней публикации из Татарстана сообщается, что среди поликлинических больных, имеющих хроническую сердечную недостаточность, ревматические пороки сердца являются одной из ведущих причин данного осложнения (35,48%) наряду с сахарным диабетом (38,18%) и ИБС (36,0%) [22]. Среди причин смерти пожилых людей кальцинированный аортальный стеноз стоит на 2-м месте [8]. Известные американские кардиологи считают, что тяжелая аортальная и митральная регургитация — самые частые факторы риска сердечной недостаточности и внезапной кардиальной смерти [30]. Данная ситуация дополняется Ю.Н. Беленковым и В.Ю. Маревым в их интернет-книге: «С современных позиций наличие клапанного порока сердца в подавляющем проценте требует обязательного хирургического лечения, а наличие стенозов клапанов является прямым показанием к операции вне зависимости от приводящих причин (возраст, длительность болезни, степень декомпенсации)» [2]. Мнения российских авторитетов согласуются с рекомендациями клиники Мейо, что клапанная недостаточность с тяжелыми или умеренными симптомами — это показание к скорейшей операции. Агрессивный подход при клапанных пороках часто оправдан. Иначе у таких больных наблюдается высокая смертность, большое число осложнений [7, 20, 36, 50]. Очень ярко показания к операции у больных с тяжелой декомпенсацией изложены в методических рекомендациях американского комитета по диспансеризации пациентов с клапанной болезнью сердца (совместное издание американского университета кардиологии и американской кардиологической ассоциации: 44 стр. текста, 51 таблица. Авторы его — 20 известных кардиологов — ревматологов: R. Bonow, V. Carabello et al.): «If the patients in NYHA Functional Class IV heart failure, surgery should not be denied because the outlook without surgical intervention is grave» — больным с клапанными пороками, имеющими СН 4, нельзя отказывать в операции; иначе для них одна перспектива — могила! [28]. Стоит напомнить, видимо, мало известный в России факт, что корпорация Сант Джуд Медикал 2 ноября 2004 г. праздновала юбилей: в Японии был использован 1,5-миллионный механический искусственный клапан SJM. А 1-й был имплантирован в США 3 октября 1977 г. [33,55]. Конструктивный «родственник» Сант Джуд Медикал — Пензенский завод МедИнж в январе 2004 г. отметил 10-летие своего искусственного клапана, не уступающего протезам SJM. Есть еще Медтроник в

США, Nova Cor в Кемерово и др. Вывод однозначен: искусственные клапаны востребованы в больших количествах, хотя МедИнж-2 стоит 530 евро (около 20 тыс. руб.), SJM — дороже. Значительные средства надо платить за операцию. Так, в клинике Emory (Атланта, США) стоимость плановой имплантации митрального клапана составляет 23,890\$. Если эта процедура дополняется аорто-коронарным шунтированием, цена возрастает до 33,216\$. В неотложных ситуациях «чистое» протезирование митрального клапана оценивается в 31,981\$, а сочетание с АКШ — 40,535\$ [66]. Анализ трендов в этой же клинике показал, что длительность госпитализации для аортального протезирования уменьшилась с 1992 по 1997 г. с 13,4 до 8,0 дней, а стоимость — от 37,047 до 21,856\$. Для митрального протезирования эти цифры, соответственно: 15,6 — 8,1 дней и 45,072 — 21,747\$ [66,67]. В России подобные операции близки по ценам — около 600.000 рублей.

Итак, большинство кардиологов и кардиохирургов «За» раннее оперативное лечение пороков сердца. Операция 1) устраняет или уменьшает СН, 2) предупреждает катастрофы и необратимые процессы — внезапную смерть, инфаркт миокарда, тромбоэмболии, кардиосклероз и др., 3) продлевает жизнь [32]. Для больных с СН решение одно — оперировать. Но как быть при бессимптомном течении болезни? (см. выше данные Singh JP, et al., мнение Ю.Н. Беленкова и др.). Никогда не будет так, что у пациента, не имеющего жалоб и других признаков декомпенсации, сердечная хирургия улучшит самочувствие. Нужны недвусмысленные доказательства, что у подобных лиц операция имеет смысл в расчете на будущие благоприобретения [29]. Для России и Мордовии в т.ч., данная проблема является важной. Что говорить об асимптоматических больных с пороками и условиями выполнения противопоказанной им пробы с физической нагрузкой на тредмиле или при минимальных проявлениях болезни обсуждать с больным риск операции против консервативного лечения, ориентируясь на желание больного и цифры смертности при оперативном или консервативном лечении?! В последнем случае они в несколько раз больше [24,31,45]. Значительному количеству пациентов с СН 3-4 в российских регионах оперативное лечение недоступно. Невольно вспоминается фраза из американских «Летописей внутренней медицины», что в развивающихся странах большое число кардиохирургических процедур у молодых лиц с ревматизмом — это попытка выгнать пол при открытом водопроводном кране. Надо сначала этот кран закрыть, т.е. создать условия и внедрить первичную и вторичную профилактику ревматизма [53].

• именно Сант Джуд медикал (SJM), а не Св. Йуда, как это иногда пишут; русская транскрипция названия корпорации и клапана получена от самой фирмы по e-mail.

Таблица 1

Заболеваемость ревматизмом в столице и в районах Республики Мордовия (РМ) в 2003 г. (на 1000 населения) [12]

	Заболеваемость ревматизмом			В т.ч., диагноз ревматизма установлен впервые в жизни		
	Саранск	Районы	РМ	Саранск	Районы	РМ
Взрослые	4,0	4,3	4,2	0,1	0,1	0,1
Подростки	0,2	0,8	0,6	0	0,3	0,2
Дети	0,1	0,1	0,1	0	0,1	0,1

Таблица 2

Заболеваемость хроническим фарингитом, назофарингитом, синуситом, ринитом в столице и в районах Республики Мордовия (РМ) в 2003 г. (на 1000 населения) [12]

	Заболеваемость хроническим фарингитом, назофарингитом и др.			В т.ч., диагноз установлен впервые в жизни		
	Саранск	Районы	РМ	Саранск	Районы	РМ
Взрослые	19,8	7,3	12,0	3,5	2,2	2,7
Подростки	11,1	24,7	19,5	2,9	12,2	8,7
Дети	7,0	16,2	12,9	0,9	9,5	6,3

Повсеместно регистрируется вспышка ревматизма у детей и подростков. По данным ВОЗ в разных странах Планеты страдают ревматизмом 12 млн. чел., причем 2/3 из них составляют дети 5-15 лет. Указывается, что заболеваемость ревмокардитом может достигать 15/1000 (или 1500/100000) в школьном возрасте, и такой активный процесс может длиться и второе, и третье десятилетие жизни (видимо, вялотекущий или латентный) [3, 25, 39, 43, 53, 59]. Эпидемиология подтверждает хорошо известный в недалеком прошлом тезис: пороки сердца у взрослых – это следствие ревматического дебюта в юности, нередко нераспознанного или плохо леченного, который часто даже забывается пациентами [11, 13, 40]. Соответствующие данные по Мордовии представлены в табл. 1.

В мире заболеваемость детей ревматизмом выше, чем в Мордовии. Можно было бы приветствовать такое положение, если бы не данные о хронических очагах инфекции (табл. 2-4) – общепризнанных факторах риска ревматизма. Сюда нужно добавить сведения о нездоровых зубах: процент нуждающихся в санации полости рта в Саранске у взрослых – 40,9, у детей – 40,1, в районах – 46,2 и 41,8, в республике – 43,9 и 41,2, соответственно. Около 3% «просмотренных» острых стрептококковых фарингитов могут осложниться ревмокардитом и, по крайней мере, 1/3 острых атак ревматизма – это следствие нелеченной стрептококковой инфекции [34].

Почему имеется диспропорция между приведенными данными: сравнительно большими показателями очаговой инфекции и очень низкой заболеваемостью ревматизмом – это предмет дальнейших исследований. Маловероятно, что 2086 больных ревматическими пороками сердца, находящиеся, по сведениям Минздрава РМ, на диспансерном учете, заболели ревматизмом

после 17 лет. Имеет смысл процитировать строки из Государственного доклада ... : «Значительные различия в показателях заболеваемости обусловлены не только особенностями половозрастной структуры населения в отдельных районах, уровнем специализированной, в т.ч. кардиологической, помощи, но и качеством диагностики» [10]. Дополняет сказанное анализ американских педиатров причин вспышки ревматизма в 80 годах среди солдат-новобранцев на военной базе в Калифорнии и среди детей в 3 штатах: Юта, Огайо и Пенсильвания. Причем чаще заболевали дети из обеспеченных семей: свой дом, полноценное питание, доступность квалифицированной медицинской помощи. Отрицательную роль приписывают врачебному фактору: молодые доктора не встречали больных с ревматизмом в своей практике, не предполагали возможности носительства патогенного стрептококка школьниками, не знали о профилактическом и лечебном значении пенициллина при тонзиллитах [4,65,68]. Комитет экспертов-ревматологов ВОЗ указывает, что низкая осведомленность о болезнях в обществе ведет к частым повторным атакам ревматизма, более частым и тяжелым клапанным поражениям. Отсюда – повторяющиеся госпитализации и необходимость в дорогой кардиохирургической помощи [59]. Например, пациенты с ревматизмом занимают в Монголии 30%, в Эфиопии 34,8%, в Индии 50,6% кардиологических коек [64].

И еще одно методологическое замечание по проблеме: диалектическая противоречивость концепции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Принято считать, что большая распространенность этих внешних и внутренних неблагоприятных особенностей, присущих отдельному индивидууму и влияющих на него, суммируется в популяции и прямо пропорциональна заболеваемости и смертности от болез-

Таблица 3

Заболеваемость хроническими болезнями миндалин, паратонзиллярными абсцессами в столице и в районах Республики Мордовия (РМ) в 2003 г. (на 1000 населения) [12]

	Заболеваемость хроническими болезнями миндалин и др.			В т.ч., диагноз установлен впервые в жизни		
	Саранск	Районы	РМ	Саранск	Районы	РМ
Взрослые	4,0	3,6	3,8	0,6	0,9	0,8
Подростки	23,4	25,7	24,8	2,2	8,0	6,4
Дети	40,6	25,9	31,2	16,3	9,5	12,0

Таблица 4

Заболеваемость хроническим отитом в столице и в районах Республики Мордовия (РМ) в 2003 г. (на 1000 населения) [12]

	Заболеваемость хроническим отитом			В т.ч., диагноз хронического отита установлен впервые в жизни		
	Саранск	Районы	РМ	Саранск	Районы	РМ
Взрослые	6,8	5,5	6,0	1,2	1,3	1,3
Подростки	4,6	9,8	7,8	0,1	3,1	3,0
Дети	3,2	6,6	5,4	0,3	3,8	2,5

ней органов кровообращения в конкретной стране и регионе. Однако появляется все больше исследовательских работ, разрушающих сложившуюся парадигму. Доказательством могут служить статьи, приобретающие свойства классических, о «французском парадоксе» и о низкой смертности от инфаркта миокарда в испанской провинции Герона [49,52]. В первой устанавливается очевидный факт, что во Франции и Великобритании факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (АГ, курение, холестерин и др.) практически одинаковы, а смертность от ИБС в Англии у мужчин в 4 раза, а у женщин – в 6 раз больше. В Испании обнаружена большая распространенность факторов риска (даже больше, чем в США), но невысокая смертность от инфаркта миокарда (в 2 раза меньше, чем в Америке) [51]. Выше-упомянутый Атлас ревматизма, данные по Франции, Англии и Испании, очень большое количество других публикаций – все источники констатируют огромную вариабельность заболеваемости и смертности не только на межконтинен-

тальном, межгосударственном, но и на областном, и даже районном уровнях [6, 9, 12, 18, 19, 27, 37, 38, 41, 47, 54, 56, 61, 62, 69]. Вывод однозначен: работ много, данные противоречивы, проблема должна исследоваться и далее. Нужны современные российские стандарты и методические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике ревматизма и ревматических пороков сердца. Возможно, решение указанной проблемы будет легче осуществить с помощью телемедицинских центров, рассматривая их в комплексе (диагностика, повышение квалификации, высокий уровень обследования, регистры хронических заболеваний и т.д.).

Работа выполнена в рамках Гранта Минобразования РФ: «Концепция и стандарт диспансеризации больных с приобретенными пороками сердца до и после оперативного вмешательства на клапанах» (в соответствии с Приказом Минобразования РФ № 238 от 23 января 2004 г. «О результатах конкурса по научной программе «Университеты России» на 2004-2005 гг.»).

Литература

- Беленков Ю.Н., Агеев Ф.Т. Эпидемиология и прогноз хронической сердечной недостаточности // Русский медицинский журнал 1999; 7(2).
- Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. Принципы рационального лечения сердечной недостаточности // Consilium-medicum 2001.
- Белов Б.С. Острая ревматическая лихорадка на рубеже веков // Русский Медицинский Журнал 1999; 7 (18).
- Белов Б.С. Современные подходы к антибактериальной терапии А-стрептококкового тонзиллита. Инфекции и антимикробная терапия 2000; 2(2).
- Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Хирургия сердца и сосудов в РФ. М., НЦ ССХ им. А.Н.Бакулева, 1998: 44.
- Гаджиев Г.Э. Об особенностях питания населения в регионах, полярных по распространенности артериальной гипертензии // Российский кардиологический журнал 2002; 5: 84-86.
- Гендлин Г.Е., Сторжжаков Г.И., Мелехов А.В. и др. Физическая активность больных с искусственными клапанами сердца в отделенном послеоперационном периоде // Сердце 2004; 2 (8): 84- 87.
- Гиляревский С.В., Орлов В.А., Соколов В.В. и др. Кардиохирургические операции у восьмидесятилетних больных: достижения и проблемы // Российский кардиологический журнал 2003; 2: 77-86.
- Гогин Е.Е. Гипертоническая болезнь: причины распространения, новое понимание патогенеза, выбор лечения. Креmlевская медицина // Креmlевский вестник 1999; 2.
- Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2002 г. // Здравоохранение Российской Федерации 2004; 1: 3-18.
- Дземешкевич С.Л. Болезни митрального клапана: основы и тенденции в лечении. Атмосфера // Кардиология 2004; 2: 23-24.
- Здоровье населения Мордовии и деятельность учреждений здравоохранения в 2002-2003 г. (статистические материалы). Саранск 2004: 195.
- Коваленко В.Н., Несукай Е.Г. Приобретенные пороки сердца: механизмы развития и принципы лечения сердечной недоста-

- точности //Український кардіологічний журнал 2001; 6.
14. Лыскина Г.А., Шишов А.Я. Ревматизм у детей: современное состояние проблемы// Русский медицинский журнал 2000; 1 (1).
 15. МКБ X: Класс IX- Болезни системы кровообращения (I00-199).
 16. Преображенский Д.В., Столярова И.И., Сидоренко Б.А. и др. Особенности лечения хронической сердечной недостаточности у больных артериальной гипертензией// Consilium medicum 2004; 6 (11): 810-815.
 17. Самородская И.В. Сердечно-сосудистая заболеваемость и факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации// Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2005; 3 (Часть II): 94-100.
 18. Смирнова Е.А., Якушин С.С. Распространенность и лечение хронической сердечной недостаточности среди населения Рязанской области// Сердечная недостаточность 2004; 19. 6 (28): 289 – 291.
 20. Стародубов В.И., Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Концепция Федерального атласа «Региональные факторы и особенности состояния здоровья детского населения Российской Федерации». Здравоохранение Российской Федерации 2004; 6: 3-5.
 21. Сторожаков Г.И., Гендлин Г.Е., Латышева Е.В. Больные с клапанными пороками сердца – лечение у терапевта до и после хирургической коррекции// Сердечная недостаточность 2002; 6 (16): 300-5.
 22. Харченко В.И., Какорина Е.П., Корякин М.В. и др. Смертность от основных болезней системы кровообращения в России. Аналитический обзор данных Госкомстата, Минздрава России, ВОЗ и экспертных оценок по проблеме // Российский кардиологический журнал 2005; 1: 5-15.
 23. Шакирова Р.М., Галявич А.С., Камалов Г.М. Распространенность сердечно-сосудистых заболеваний в Республике Татарстан и их взаимосвязь с симптомами хронической сердечно-сосудистой недостаточности // Сердечная недостаточность 2005; 6 (2): 72-73.
 24. Школьникова М.А. Сердечно-сосудистые заболевания детского возраста на рубеже XXI века// Consilium medicum 1999; 1(6).
 25. Amato MCM, Moffa PJ, Werner KE, Ramirez JAF. Treatment decision in asymptomatic aortic valve stenosis: role of exercise testing// Heart 2001; 86: 381 – 386.
 26. Atlas of Heart Diseases and Stroke 2004. Available from URL: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/ , далее: Rheumatic fever and rheumatic heart disease.
 27. Azpitarte J, Alonso AM, Garcia Gallego F, Gonzalez Santos JM, Pare C, Tello A. Guidelines of the Spanish Society of Cardiology on valve heart disease// Rev Esp Cardiol. 2000; 53(9): 1209-78.
 28. Bobak M, Marmot M. East-West mortality divide and its potential explanations: propose research agenda// BMJ 1996; 312: 421.
 29. Bonow RO, Carabello B, de Leon AC. et al. Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease// Circulation 1998; 98: 1949-1984.
 30. Borer JS, Hochreiter C, Herrold EM. et al. Prediction of Indications for Valve Replacement Among Asymptomatic or Minimally Symptomatic Patients With Chronic Aortic Regurgitation and Normal Left Ventricular Performance// Circulation 1998; 97: 525-534.
 31. Borer JS, Bonow RO. Contemporary Approach to Aortic and Mitral Regurgitation// Circulation 2003; 108: 2432.
 32. Chamber J, Das P. Treadmil exercise in apparently asymptomatic aortic stenosis// Heart 2001; 86: 361-362.
 33. Cheitlin MD. Finding ‘Just the Right Moment’ for Operative Intervention in the Asymptomatic Patient with Moderate to Severe Aortic Regurgitation// Circulation 1998; 97: 518-520.
 34. Celebrating our 1,500,000 Implant Worldwide. Available from URL: <http://www.sjm.com/1.5millionimplant/>
 35. Dajani AS, Bisno AI, Chung KJ. et al. Prevention of Rheumatic Fever. A Statement for Health Professionals by the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, The American Heart Association// Circulation 1988; 78: 1082-1086.
 36. Dajani A, Taubert K, Ferrieri P. et.al. Treatment of Acute Streptococcal Pharyngitis and Prevention of Rheumatic Fever. A Statement for Health Professionals// Pediatrics 1995; 96: 758-764.
 37. Dujardin KS, Enriquez-Sarano M, Schaff HV. et al. Mortality and Morbidity of Aortic Regurgitation in Clinical Practice// Circulation 1999; 99: 1851-1857.
 38. Ebrachim S, Smith GD. Ecological studies are a poor means of testing etiological hypotheses// BMJ 1998; 317: 678.
 39. EUROASPIRE II Study Group. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries// Eur. Heart J. 2001; 22: 554-572.
 40. Graber MA, Toth PP, Herting RL. University of Iowa Family Practice Handbook. 3rd Edition A Mosby Handbook. Available from URL: <http://www.vh.org/Providers/ClinRef/FPHandbook/FPCContents.html>

Остальные источники – № 41 – 69 можно получить у авторов: alexandrovsky@freemail.mrsu.ru

Abstract

Is rheumatism an actual problem today? Some would say, unlikely. But in developing countries, whose share in the world population is two-thirds, rheumatism, heart valve disease, and streptococcus infection of upper respiratory tract, remain problems still unsolved. Even in the U.S., rheumatism threat still exists, proved by late 1980s outbreak in military recruits and schoolchildren. In all countries, the number of heart valve prosthetic surgeries is very high. At the same time, indications for this intervention should be clarified, especially for patients with Stage IV heart failure and asymptomatic patients. Rheumatism prevalence in Russia is the highest after China, India and some Pacific Region countries' rates. In Mordovia, incidence of rheumatism and heart valve pathology for adults is higher, and for children is significantly lower than overall rates for Russian Federation. Data on focal infection in children and adolescents raise an issue of possible role of inadequate rheumatology training among pediatric service and primary health care professionals.

Therefore, rheumatism problem remains actual, in Russia and Mordovia as well, and should be studied further. Modern telemedicine centers, with updated laboratory and instrumental equipment, rheumatology registries, and informational electronic portal, might become an effective organizational basis for primary and secondary prevention.

Keywords: rheumatism, heart valve pathology, epidemiology, treatment, prevention, telemedicine.

Поступила 18/03-2006