КЛИНИЦИСТ № 3–4'2012

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ХРОНИЧЕСКИХ ФАРИНГИТОВ, НАЗОФАРИНГИТОВ, СИНУСИТОВ И РИНИТОВ В МОСКВЕ И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ С 1996 ПО 2009 Г.

А.В. Аксенова[1], Н.И. Брико[2], Д.А. Клейменов[2]

[1]Кафедра факультетской терапии им. академика А.И. Нестерова лечебного факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва;

[2]Кафедра эпидемиологии и доказательной медицины ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России

***Контакты:** Ангелина Васильевна Аксенова aksyonova-av@mail.ru*

***Цель исследования** – изучить динамику заболеваемости хроническими фарингитами, назофарингитами, синуситами и ринитами (ХФНСР) и распространенности этих заболеваний в различных возрастных группах в Москве и РФ за период 1996–2009 гг.*

***Материалы и методы.** Оценка эпидемиологической значимости ХФСНР в Москве и РФ проводилась с помощью анализа материалов, содержащихся в ежегодных официальных статистических источниках (форма № 12).*

***Результаты.** Заболеваемость ХФНСР за исследуемый период в Москве остается более низкой, чем в РФ. Заболеваемость среди подростков как в Москве, так и в РФ выше, чем у детей, и составляет 24,4 и 31,6 против 3,3 и 21,8 на 10 000 населения соответственно. По заболеваемости ХФНСР в РФ дети и подростки являются группами наибольшего риска. Распространенность этих заболеваний среди населения как в городе, так и в целом по стране характеризуется значимой тенденцией к повышению. В 2009 г. распространенность ХФНСР в РФ составила 99,5, а в Москве – 121,3 на 10 000 населения, что значительно выше этих же показателей 2007 г. – 81,2 и 117,5 на 10 000 населения соответственно.*

***Заключение.** За весь исследуемый период в Москве и РФ сохраняются высокие показатели заболеваемости ХФНСР и их распространенности во всех слоях населения, что, возможно, связано со снижением диагностической настороженности и неадекватным лечением заболеваний органов верхних дыхательных путей.*

***Ключевые слова:** распространенность, заболеваемость, возрастные группы, хронический фарингит, назофарингит, синусит, ринит*

EPIDEMIOLOGICAL SIGNIFICANCE OF CHRONIC PHARYNGITIS, NASOPHARYNGITIS, SINUSITIS, AND RHINITIS IN MOSCOW AND THE RUSSIAN FEDERATION IN 1996 TO 2009

A.V. Aksyonova[1], N.I. Briko[2], D.A. Kleimenov[2]

[1]A.I. Nesterov Department of Faculty of Therapeutics, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of Russia, Moscow;

[2]Department of Epidemiology and Evidence-Based Medicine, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia

***Objective:** to study trends in the incidence and prevalence of chronic pharyngitis, nasopharyngitis, sinusitis, and rhinitis (CPNSR) in different age groups in Moscow and the Russian Federation (RF) in the period 1996 to 2009.*

***Materials and methods.** The epidemic significance of CPNSR in Moscow and the RF was estimated, by analyzing the records available in the annual official statistical sources (Form No. 12).*

***Results.** The incidence of CPNSR in Moscow in the study period remains lower than those in the RF. Its prevalence among the population in the city and in the country as a whole shows a significant increasing trend. Among the adolescents in both Moscow and the RF, the incidence of CPNSR is higher than that in children and constitutes 24.4 and 31.6 versus 3.3 and 21.8 per 10,000 population, respectively. The children and adolescents in the RF are the highest risk groups in the incidence of CPNSR. In 2009, its prevalence rates in Moscow and the RF were 99.5 and 121.3 per 10,000, respectively; which were well above those in 2007 (81.2 and 117.5 per 10,000, respectively).*

***Conclusion.** The high incidence and prevalence rates for CPNSR remain high in all population strata in Moscow and the RF, which may be associated with decreased diagnostic alertness and inadequate treatment for upper airway diseases.*

***Key words:** prevalence, incidence, age groups, chronic pharyngitis, nasopharyngitis, sinusitis, rhinitis*

Введение

Одной из актуальных проблем современного здравоохранения во всех странах мира ввиду высокой распространенности и социально-экономического значения является стрептококковая инфекция (СИ) группы А. Трудно найти раздел медицины, в котором не встречались бы заболевания, вызванные условно-патогенными и патогенными стрептококками. Это касается как инфекционной, так и соматической патологии. В настоящее время накоплено большое количество данных о возрастающей роли стрептококков других серологических групп в патологии человека, но стрептококк группы А (СГА) занимает основное положение среди других по патологическому воздействию [1–6]. Основным патогеном человека среди имеющих медицинское значение стрептококков является *Streptococcus pyogenes* (СГА). С ним связан исключительно широкий спектр инфекционных проявлений: скарлатина и вторичные формы с выраженным аутоиммунным компонентом патогенеза (ревматическая лихорадка (РЛ), гломерулонефрит, васкулиты) и без аутоиммунного компонента (метатонзиллярный и перитонзиллярный абсцессы, некротические поражения мягких тканей, септические осложнения), а также инвазивные и генерализованные формы (пневмония, некротический фасцит, миозит, менингит, перитонит, остеомиелит, сепсис, синдром токсического шока и др.). Кроме того, СГА вызывает поражения лор-органов (острый тонзиллофарингит (ТФ) и обострение хронического ТФ, острые респираторные заболевания, отиты и др.) и кожи (импетиго, эктима). В отличие от широкого перечня болезней, вызываемых стрептококками и регистрируемых в Международной классификации болезней X пересмотра, в России указания на стрептококковую этиологию имеются лишь при скарлатине (форма № 2), РЛ, ревматической болезни сердца (РБС), в том числе пороках клапанов сердца (форма № 12). Болезни стрептококковой этиологии распространены повсеместно. В районах умеренного и холодного климата инфекция проявляется преимущественно в форме глоточных и респираторных форм заболеваний и составляет 5–15 случаев на 100 человек в год [7–9].

В связи с тем, что генетическая структура СГА гетерогенна, можно считать, что эпидемический процесс при инфекции СГА поддерживается циркуляцией среди людей многочисленных независимых клонов возбудителя. Носительство СГА определяется в среднем у 15–20 % здоровых лиц. Наиболее часто оно отмечается среди детей дошкольного возраста [10–13]. Частота носительства значительно возрастает непосредственно после формирования организованных коллективов [14, 15].

В истории достаточно описаний эпидемий инфекций СГА и их осложнений. По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире страдают тяжелыми заболеваниями, вызванными СГА, 18,1 млн человек, из них 15,6 млн новых случаев. Кроме того, зарегистрировано свыше 111 млн случаев стрептодермии и 616 млн случаев ТФ. В последние годы в мире отмечается также рост заболеваемости РЛ и ее вспышки. РЛ, ревматические пороки сердца и СИ верхних дыхательных путей имеют особенно большое значение в развивающихся странах [16–20]. В развитых странах в конце XX и начале XXI веков распространенность РЛ составила лишь 1 на 100 000 населения [21–23], тогда как в развивающихся странах показатели другие – от 1 до 100–150 на 100 000 населения [1, 2]. В России ежегодно регистрируется 6–8 млн случаев респираторной СИ [2, 23, 24].

Многообразие клинических проявлений СИ, ненадежность клинического диагноза диктуют необходимость широкого использования лабораторных методов диагностики. Помимо клинической направленности, лабораторная диагностика является важнейшим компонентом эпидемиологического надзора. Вместе с тем до настоящего времени детальные исследования, посвященные сравнительному изучению эпидемиологических проявлений различных клинических форм СГА-инфекции, в стране не проводились. Высокая распространенность и выраженный полиморфизм проявлений инфекции определяют необходимость ее комплексной оценки и характеристики ее эпидемиологической и социальной значимости в масштабах страны.

Цель настоящей работы – анализ заболеваемости хроническими фарингитами, назофарингитами, синуситами и ринитами (ХФНСР) и изучение их распространенности в Москве и РФ за период 1996–2009 гг.

Материалы и методы

Эпидемиологическую значимость (распространенность и заболеваемость) ХФНСР в Москве и РФ анализировали по материалам, содержащимся в ежегодных официальных статистических источниках (форма № 12 «Сведения о числе обслуживания лечебного учреждения: заболеваемость и распространенность хронического ринита, назофарингита, фарингита и синусита»). Период исследования – с 1996 по 2009 г.

Результаты и обсуждение

За исследуемый период заболеваемость ХФНСР среди населения Москвы характеризовалась цикличными колебаниями с периодом 5–6 лет. В 1998 г. отмечался подъем заболеваемости до 20 на 10 000 населения. Наименьшей заболеваемостью данной патологией характеризовались 2000 и 2005 гг., причем 2005 г. был самым низким по заболеваемости, которая составила 10,3 на 10 000 населения (рис. 1).

Заболеваемость ХФНСР в среднем составила 14,8 на 10 000 населения Москвы. Динамика заболеваемости характеризовалась значимой тенденцией к снижению. Средний темп прироста (СТП) составил –5 %.

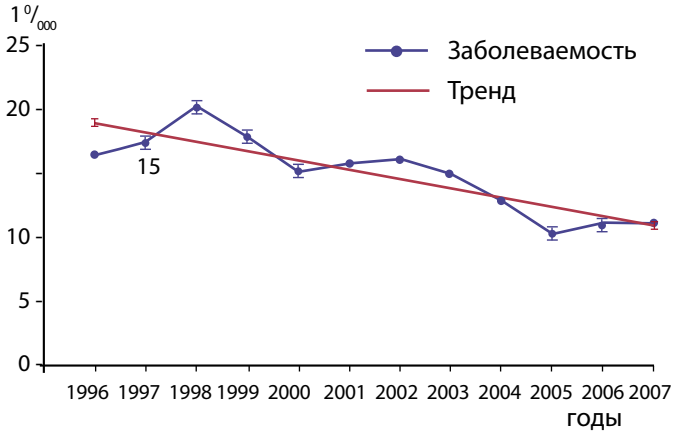

Рис. 1. *Заболеваемость ХФНСР населения Москвы в 1996–2007 гг.*

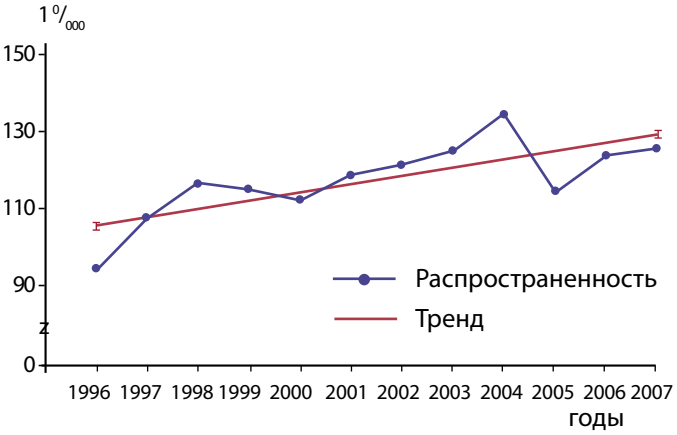

Рис. 2. *Распространенность ХФНСР среди населения Москвы в 1996–2007 гг.*

Рис. 3. *Заболеваемость ХФНСР населения РФ в 1996–2007 гг.*

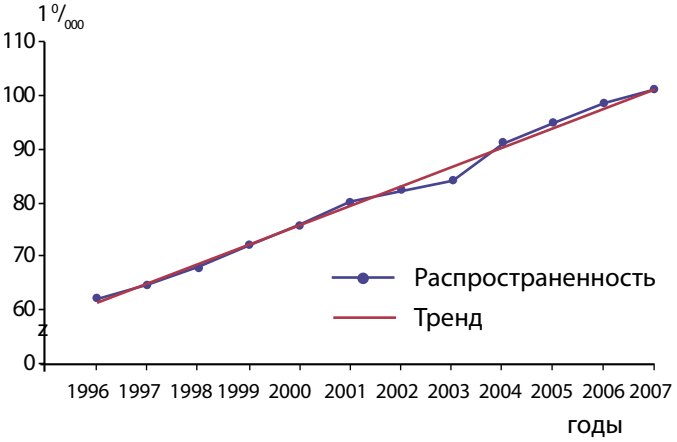

Рис. 4. *Распространенность ХФНСР среди населения РФ в 1996–2007 гг.*

Распространенность ХФНСР среди населения Москвы характеризовалась чередованием подъемов и спадов, а периоды циклов также составляли 5–6 лет. Но динамика распространенности имела достоверную тенденцию к повышению при СТП = 2 %. При этом самое низкое значение отмечалось в 1996 г. – 94,5 на 10 000 населения (рис. 2). Среднемноголетняя распространенность ХФНСР в Москве составила 117,5 на 10 000 населения.

Динамика годовых показателей заболеваемости ХФНСР населения РФ за тот же период характеризовалась тенденцией к повышению, СТП составил 3 % (рис. 3), также отмечались колебания заболеваемости с периодом 6–7 лет. Среднемноголетняя заболеваемость составила 18,7 на 10 000 населения. Последний подъем заболеваемости отмечен с 2004 по 2007 г. В 2007 г. заболеваемость ХФНСР в РФ достигла наивысшего показателя – 22,3 на 10 000 населения.

Распространенность ХФНСР среди населения РФ за исследуемый период имела значимую тенденцию к повышению с аналогичным СТП (4 %) (рис. 4). Среднемноголетняя распространенность составила 81,2 на 10 000 населения.

Рассматривая показатели заболеваемости ХФНСР за исследуемый период в Москве среди 3 различных возрастных групп (дети – 0–14 лет, подростки – 15–17 лет, взрослые – старше 17 лет), также можно отметить отчетливую тенденцию к ее снижению во всех анализируемых группах (рис. 5). Среднемноголетние величины заболеваемости были равны 3,3; 24,4 и 16,9 на 10 000 населения соответственно. СТП составил –6 % в группе детей, –3 % в группе подростков и –5 % в группе взрослых.

Как видно, отмечаются противоречия между самым низким СТП у подростков и наиболее высокой среднемноголетней заболеваемостью в этой группе. Возможно, такое несоответствие связано с ослаблением первичной профилактики у данного контингента.

Динамика распространенности ХФНСР в Москве у подростков и взрослых характеризовалась достоверной тенденцией к повышению (СТП составил 1 и 2 % в год соответственно), а в группе детей отмечалось ее снижение (СТП = –6 %) (рис. 6). Среднемноголетние величины распространенности ХФНСР составляли 10,3; 134,4 и 139,7 на 10 000 населения соответственно.

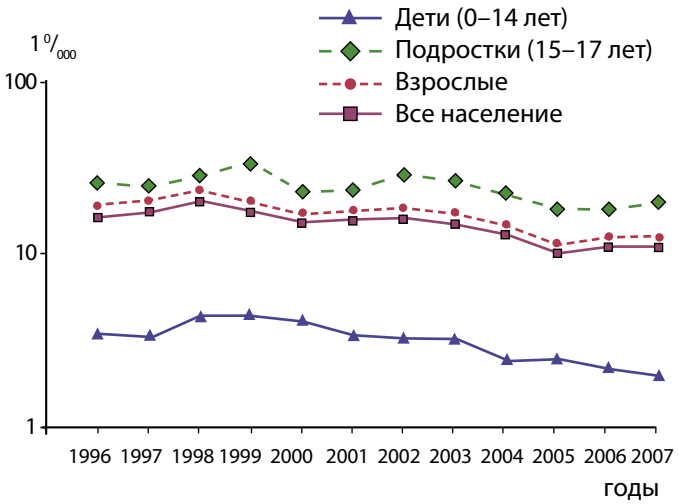

Рис. 5. *Заболеваемость ХФНСР в различных возрастных группах населения Москвы в 1996–2007 гг.*

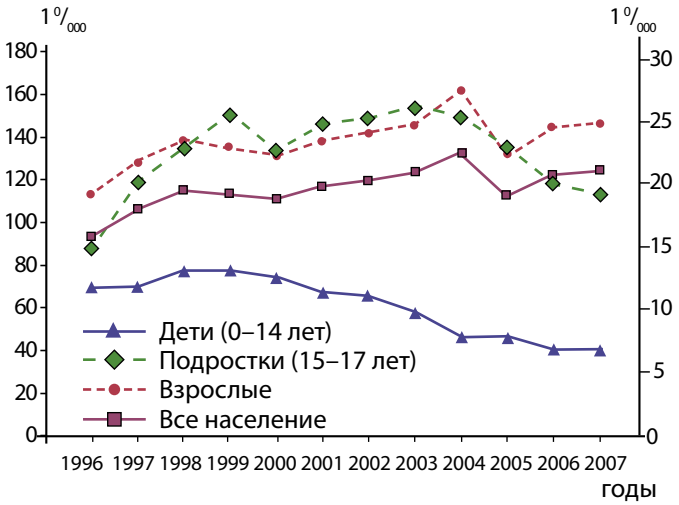

Рис. 6. *Распространенность ХФНСР среди различных возрастных групп населения Москвы в 1996–2007 гг.*

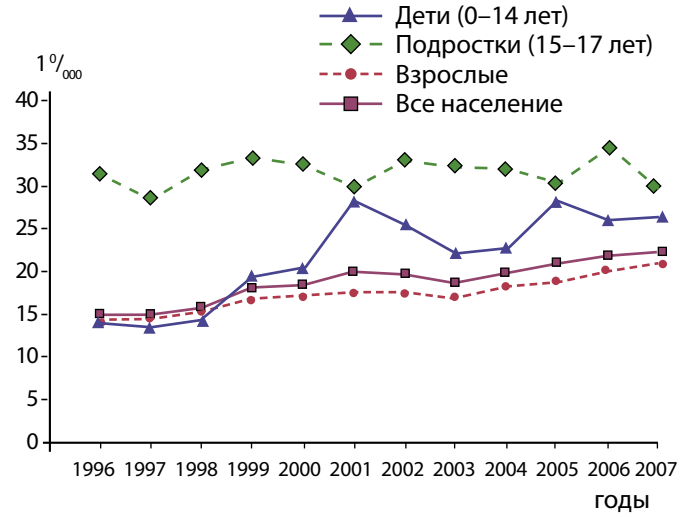

Рис. 7. *Заболеваемость ХФНСР в различных возрастных группах населения РФ в 1996–2007 гг.*

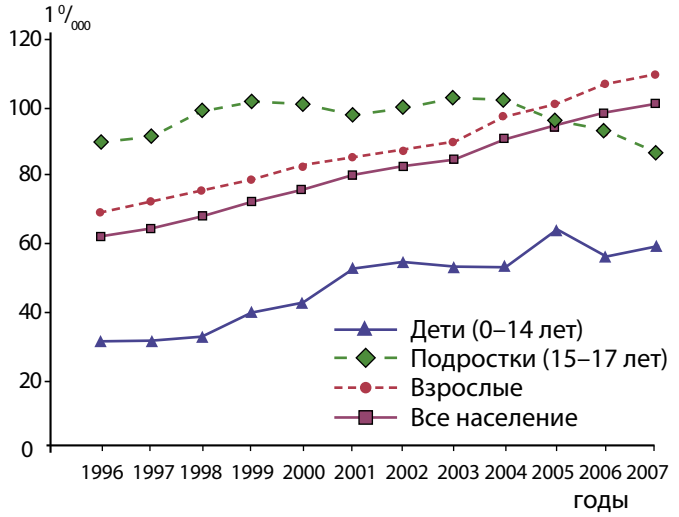

Рис. 8. *Распространенность ХФНСР среди различных возрастных групп населения РФ в 1996–2007 гг.*

В РФ динамика заболеваемости ХФНСР характеризовалась тенденцией к повышению СТП (6 и 3 % в год у детей и взрослых соответственно, $p < 0,05$), а в группе подростков достоверных изменений заболеваемости не наблюдалось (рис. 7). Среднемноголетние величины заболеваемости в РФ были равны 21,8; 31,6 и 17,3 на 10 000 населения соответственно. У подростков данная величина была статистически достоверно выше, чем у детей и взрослых ($p < 0,05$).

Что касается распространенности ХФНСР в РФ, то ее динамика в двух возрастных группах (дети и взрослые), как и динамика заболеваемости, характеризуется значимой тенденцией к повышению (СТП составляет 6 и 4 % в год соответственно) (рис. 8). В группе подростков тенденция незначима. Среднемноголетние величины распространенности ХФНСР в РФ составили 47,6; 96,8 и 87,8 на 10 000 населения. В последние 3 года изучаемого периода отмечены самые высокие значения распространенности данной патологии в группе взрослых, а в 2009 г. она составила в Москве 121,3, в РФ – 99,5 на 10 000 населения, что значительно выше, чем эти же показатели в 2007 г. (117,5 и 81,2 на 10 000 населения соответственно).

Таким образом, ситуация с ХФНСР в Москве и РФ за исследуемый период характеризовалась следующими особенностями.

1. Заболеваемость ХФНСР в Москве остается более низкой, чем в РФ (14,8 и 18,7 на 10 000 населения соответственно, $p < 0,05$), что согласуется с низкой обращаемостью в лечебные учреждения в столичном регионе.

2. Распространенность ХФНСР среди всего населения, как в городе, так и в целом по стране, характеризуется достоверной тенденцией к повышению (СТП составил 2 и 4 % соответственно).

3. В группе детей заболеваемость и распространенность ХФНСР в Москве (3,3 и 10,3 на 10 000 населе-

ния) существенно ниже, чем в РФ (21,8 и 47,6 на 10 000 населения), что указывает на лучшую диагностику этих заболеваний в Москве, чем в РФ в целом.

4. Заболеваемость ХФНСР среди подростков как в Москве, так и в РФ была выше, чем у детей (24,4 и 31,6 против 3,3 и 21,8 на 10 000 населения соответственно). Группой наибольшего риска по заболеваемости в РФ являются дети и подростки.

5. Распространенность ХФНСР в 2009 г. в Москве составила 121,3, а в РФ – 99,5 на 10 000 населения. Эти значения выше соответствующих среднемноголетних показателей за 2007 г. – 117,5 % в Москве и 81,2 % в РФ.

6. Сохраняющиеся высокие показатели заболеваемости ХФНСР и их распространенности во всех слоях населения Москвы и РФ за исследуемый период и более высокие среднемноголетние показатели распространенности за 2009 г. указывают на недостаточно высокий уровень профилактики данной патологии на современном этапе.

Заключение

В результате 14-летнего изучения заболеваемости ХФНСР и их распространенности в Москве и РФ с использованием материалов, содержащихся в ежегодных официальных статистических источниках, мы выявили сохраняющуюся высокую заболеваемость ХФНСР и распространенность данной патологии, как в Москве, так и в РФ. Однако следует заметить, что заболеваемость ХФНСР в Москве ниже, чем в РФ, а группой наибольшего риска по заболеваемости в РФ являются дети и подростки. Это можно объяснить большей обращаемостью населения с симптомами ХФСНР в различные лечебные учреждения. Высокая заболеваемость в РФ по сравнению с Москвой может быть связана с отсутствием самостоятельного лечения, в частности антибактериальными препаратами, а также с отсутствием развитой аптечной сети в отдаленных регионах. В связи с этим необходимо рекомендовать проведение комплексного клинико-иммунологического и бактериологического обследования пациентов для выявления бактериальной (стрептококковой) или вирусной этиологии заболевания и адекватной терапии противовирусными или антибактериальными препаратами, а при необходимости – первичной профилактики постстрептококковых заболеваний. В группе детей и подростков при подтверждении СИ рекомендовано проводить ее первичную профилактику, которая включает в себя ряд мероприятий, в том числе раннюю и активную диагностику заболевших, так как начальными проявлениями эпидемического процесса респираторной СИ являются преимущественно стертые и нетипичные клинические формы (острые респираторные заболевания стрептококковой этиологии, ТФ, «ангины»). Для этого необходима организация тщательного доврачебного и врачебного осмотра, своевременная изоляция заболевших и рациональная терапия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский А.А., Колпаков Е.В., Романов М.Д. и др. Ревматизм сегодня – региональная характеристика. Рос кардиол журн 2006;(4):7–12.
2. Шостак Н.А. Острая ревматическая лихорадка: взгляд на проблему в XXI веке. Клиницист 2010;(1):5–8.
3. Белов Б.С., Кузьмина Н.Н. Острая ревматическая лихорадка. Научно-практическая ревматология 2009;2(прил):3–8.
4. Carapetis J.R., Mayosi B.M., Kaplan E.L. Controlling rheumatic heart disease in developing countries. Cardiovasc J South Afr 2006;17(4):164–5.
5. Schuchat A. Group B streptococcus. Lancet 1999;353(9146):51–6.
6. Schwartz B., Facklam R.R., Brieman R.F. Changing epidemiology of group A streptococcal infection in the USA. Lancet 1990;336(8724):1167–71.
7. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. Инфекционные болезни и эпидемиология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
8. Школьникова М.А. Сердечно-сосудистые заболевания детского возраста на рубеже XXI века. Consilium medicum 1999;1(6):7–11.
9. Mattei P., Bequinot I., Malet T. et al. Meningitis, septicemia and endophthalmiyis caused by Streptococcus equi subspecies zooepidemicus (in French). Presse Med 1995;24(23):1089.
10. Ряпис Л.А., Брико Н.И., Ещина А.С., Дмитриева Н.Ф. Стрептококки. Общая характеристика и методы лабораторной диагностики. Под ред. Н.И. Брико. М.: Медицинское информационное агентство, 2009.
11. Насонова В.А. Ревматическая лихорадка (ревматизм): настоящее и будущее. Врач 1999;5:4–6.
12. Хатеневер М.Р., Яхнина Н.А., Угрюмова Г.А. и др. Распространение стрептококков разных типов при стрептококковых заболеваниях. Журн микробиол, эпидемиол и иммунобиол 1968;45(3):111–7.
13. Leiner S. Surveillance for rheumatic fever. N Engl J Med 1996;334(4):273–4.
14. Брико Н.И., Жуков В.В. Концепция механизма развития эпидемического процесса респираторно-стрептококковой инфекции в организованном коллективе. Нижегор мед журн 1992;(1):23–7.
15. Красильников И.А., Ионтова И.М., Соболевская А.А. и др. Общая характеристика эпидемического процесса и циркулирующих штаммов стрептококка в период подъема заболеваний скарлатины в Ленинграде. Журн микробиол, эпидемиол и иммунобиол 1990;(1):33–6.
16. Беляков В.Д., Ходырев А.П., Тотолян А.А. Стрептококковая инфекция. Л.: Медицина, 1978.
17. Azpitarte J., Alonso A.M., Garcia Gallego F. et al. Guidelines of the Spanish Society of Cardiology on valve heart disease (in Spanish). Rev Esp Cardiol 2000;53(9):1209–78.
18. Bert F., Bariuo-Lancelin M., Lambert-Zechovsky N. Clinical significance of bacteremia involving the Streptococcus milleri group: 51 cases and review. Clin Infect Dis 1998;27(2):385–7.
19. Dajani A., Taubert K., Ferrieri P. et al. Treatment of acute streptococcal pharyngitis and prevention of rheumatic fever: a statement for health professionals. Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis,

and Kawasaki Disease of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, the American Heart Association. Pediatrics 1995;96(4 Pt 1):758–64.
20. Skitarelić N., Morović M., Belić V. et al. Post-streptococcal reactive arthritis: diagnostic problems (in Croatian). Lijec Vjesn 1996;118(3–4):53–6.
21. Luca-Harari B., Ekelund K., van der Linden M. et al. Clinical and epidemiological aspects of invasive Streptococcus pyogenes infections in Denmark during 2003 and 2004. J Clin Microbiol 2008;46(1):79–86.
22. Silva F.G. Acute postinfectious glomerulonephritis and glomerulonephritis complicating persistent bacterial infection. In: Pathology of the kidney. Ed. by R.H. Hepinstall. 5th ed. Phladelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1998. Pp. 389–453.
23. Насонова В.А., Фоломеева О.М., Эрдес Ш.Ф. Ревматические болезни в России в начале XXI века. Научно-практическая ревматология 2003;(1):6–10.
24. Тотолян А.А. Стрептококковая инфекция. В кн.: Руководство по эпидемиологии инфекционных болезней. Под ред. В.И. Покровского. М.: Медицина, 1993. Т. 2. С. 245–260.