

БОЛЕЗНИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, УХА И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА У ДЕТЕЙ г. АРХАНГЕЛЬСКА (ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗА ПЯТЬ ЛЕТ)

С. С. Зарубин¹, М. А. Калинин², Г. Н. Дёгтева².

1. г. Архангельск, Архангельская областная клиническая больница;

2. г. Архангельск, Северный государственный медицинский университет;

Наибольший удельный вес в общей и первичной заболеваемости детей имеют болезни органов дыхания, в структуре которой, в свою очередь, значительная доля принадлежит острым респираторным заболеваниям [3,10,12,14]. Частые респираторные заболевания отрицательно влияют на здоровье детей, обуславливая снижение иммунной резистентности организма [4,11] и способствуя формированию очагов острой и хронической инфекции, прежде всего в «точке приложения» - органах дыхания [1,2,10,15]. Так как большинство заболеваний горла и носа относятся именно к X классу МКБ «Болезни органов дыхания», а с верхними дыхательными путями функционально и анатомически связаны и уши, то становится очевидным, что частота заболеваний, относящихся к VIII классу «Болезни уха и сосцевидного отростка» имеет зависимость от частоты респираторной патологии.

Частота острых респираторных заболеваний обуславливает актуальность поиска новых методов и средств их профилактики [3,9,10,12,13].

Цель нашей работы - оптимизация профилактики острых респираторных заболеваний и снижение риска возникновения острых и хронических заболеваний ЛОР-органов у детей, посещающих дошкольные учреждения. Одной из задач является изучение динамики заболеваемости детей г. Архангельска, в том числе и распространенности хронической ЛОР-патологии.

Для изучения состояния здоровья детского населения Архангельска проведен ретроспективный анализ динамики заболеваемости за 2001 - 2005 годы, и оценена тенденция заболеваемости путем выравнивания динамического ряда по функции экспоненциальной кривой.

По данным Департамента здравоохранения и социальной политики мэрии г. Архангельска [5-8] общая и первичная заболеваемость детского населения (0-14 лет) г. Архангельска в 2001 году составляли, соответственно, 2243,3 ‰ и 1882,5 ‰, в 2002 году – 2257,2 ‰ и 1893,5 ‰, в 2003 году – 2296,7 ‰ и 1928,6 ‰, в 2004 году – 2244,7 ‰ и 1872,3 ‰ и в 2005 году – 2312,1 ‰ и 1946,1 ‰. При анализе основной тенденции развития выявлено возрастание как общей, так и первичной заболеваемости за анализируемый период. Структура заболеваемости остается практически неизменной. Наибольший удельный вес в структуре заболеваемости имеет класс «Болезни органов дыхания», который составил в 2001 году 55,2 % (1238,3 ‰) от общей и 64,2 % (1208,3 ‰) от первичной заболеваемости, в 2002 году - 54,2 % (1223,7 ‰) и 62,9 % (1190,2 ‰), соответственно, в 2003 году – 55,3 % (1268,7 ‰) и 64,1 % (1235,4 ‰), в 2004 году – 53,4 % (1197,9 ‰) и 61,1 % (1143,8 ‰), в 2005 году эти показатели составили 53,6 % (1239,8 ‰) и 61,6 % (1198,6 ‰), соответственно. Отмечена тенденция к снижению заболеваемости по этому классу.

Хронические болезни миндалин и аденоидов занимают в структуре класса «Болезни органов дыхания» в 2001 году 1,5 % (18,0 ‰) общей заболеваемости и 0,9 % (10,4 ‰) первичной заболеваемости, в 2002 году – 1,3 % (16,3 ‰) и 0,7 % (8,7 ‰), соответственно, в 2003 году – 10,9 % (16,7 ‰) и 0,9 % (10,9 ‰), в 2004 году – 12,3 % (20,2 ‰) и 1,1 % (12,3 ‰), в 2005 году – 13,6 % (26,3 ‰) и 1,1 % (13,6 ‰). Таким образом, на фоне снижения уровня заболеваемости в целом по классу «Болезни органов

дыхания», имеет место тенденция к росту уровня хронических болезней миндалин и аденоидов, при этом темп роста общей заболеваемости опережает темп роста первичной заболеваемости.

Болезням уха и сосцевидного отростка в структуре общей заболеваемости принадлежит шестое место (в 2001, 2002, 2004 и 2005 годах) и седьмое (в 2003 году), а в структуре первичной заболеваемости – четвертое место (в 2004 году) и пятое место (в 2001, 2002, 2003 и 2005 годах). Так, в 2001 году доля болезней уха и сосцевидного отростка составила 3,5 % (79,4 ‰) в структуре общей заболеваемости и 3,9 % (73,3 ‰) в структуре первичной заболеваемости, в 2002 году – 2,8 % (63,4 ‰) и 3,1 % (58,9 ‰), соответственно, в 2003 году – 3,3 % (75,4 ‰) и 3,6 % (70,2 ‰), в 2004 году – 3,9 % (87,2 ‰) и 4,4 % (82,5 ‰), в 2005 году – 3,5 % (81,5 ‰) и 3,8 % (73,4 ‰), соответственно. Выявлена тенденция к росту заболеваемости по этому классу за 5 лет, при этом темп роста общей заболеваемости выше, чем первичной заболеваемости.

Заболеваемость детей первого года жизни по классу «Болезни органов дыхания» составила 1775,5 ‰ (39 % в структуре заболеваемости) в 2001 году, 1600,9 ‰ (39,2 %) в 2002 году, 1450,2 ‰ (37,9 %) в 2003 году, 1583,2 ‰ (40,6 %) в 2004 году и 1642,5 ‰ (38,8 %) в 2005 году. Таким образом, болезни органов дыхания занимают первое место в структуре заболеваемости и наблюдается тенденция к уменьшению заболеваемости за анализируемый период. Болезни уха и сосцевидного отростка занимают в структуре заболеваемости детей первого года жизни девятое место (с 2001 по 2003 годы), восьмое в 2004 году и в 2005 году данный класс занимает шестое место. Заболеваемость по классу «Болезни уха и сосцевидного отростка» следующая: в 2001 году – 119,2 ‰ (2,6 % в структуре), в 2002 году – 90,0 ‰ (2,2 %), в 2003 году – 86,0 (2,2 %), в 2004 году – 102,9 ‰ (2,6 %) и в 2005 году – 143,4 ‰ (3,4 %). Наблюдается общая тенденция к увеличению уровня заболеваемости за 5 лет.

В официальных источниках статистических данных не выделяются показатели заболеваемости детей, посещающих дошкольные учреждения, поэтому в нашей работе мы использовали годовые отчеты дошкольных отделений городских поликлиник.

Первичная заболеваемость по классу «Болезни органов дыхания» составила 1638,5 ‰ (82,3 % в структуре всей первичной заболеваемости) в 2001 году, 1765,6 ‰ (86,9 %) в 2002 году, 1711,5 ‰ (87,4 %) в 2003 году, 1725,8 ‰ (87,8 %) в 2004 году и 1643,0 ‰ (89,8 %) в 2005 году. Также как и в целом по детскому возрасту имеется общая тенденция к снижению уровня заболеваемости по данному классу. В этой возрастной группе отмечается наибольший удельный вес болезней органов дыхания в структуре заболеваемости. Так если, в возрастной группе 0-14 лет удельный вес заболеваний органов дыхания (средняя арифметическая за 5 лет) составляет 62,8 %, на первом году жизни – 39,1 %, то у детей, посещающих дошкольные учреждения доля увеличивается до 86,8 %. Доля острых респираторных заболеваний (в т.ч. грипп) в структуре болезней органов дыхания достигает 81,0 %, при этом также отмечается снижение заболеваемости за 5 лет.

Распространенность хронических отитов у детей, посещающих дошкольные учреждения, составила в 2002 году 11,7 ‰, в 2003 году – 12,6 ‰, в 2004 году – 14,6 ‰ и в 2005 году – 13,6 ‰. Следовательно, имеет место тенденция к увеличению уровня распространенности хронических отитов.

Как известно, об истинной распространенности той или иной патологии не возможно судить лишь по результатам обращаемости. Для изучения распространенности хронических заболеваний уха, горла и носа у детей, посещающих дошкольные учреждения в Архангельске нами проведен отоларингологический осмотр 413 детей от 1 до 7 лет, посещающих три детских сада, расположенных в разных районах города.

У 219 детей выявлены заболевания ЛОР-органов, что составило 53,0 % от всех обследованных детей. Распространенность хронических заболеваний уха, горла и носа в этой возрастной группе составила $837,8 \pm 18,1$ ‰, в том числе гипертрофия небных миндалин $283,3 \pm 22,2$ ‰, гипертрофия глоточной миндалины $184,0 \pm 19,1$ ‰, хронический тонзиллит $46,0 \pm 10,3$ ‰, хронический ринит $33,9 \pm 8,9$ ‰, хронические заболевания уха $101,7 \pm 14,9$ ‰, искривление носовой перегородки $188,9 \pm 19,3$ ‰. При этом 122 (55,7 %) детям выставлено по 1 диагнозу, у 70 (32,0 %) детей диагностировано по 2 заболевания, 3 диагноза имеют 26 (11,9 %) детей, один ребенок (0,5 %) имеет 4 заболевания. В структуре заболеваний первое ранговое место занимает гипертрофия небных миндалин (33,8 %), второе место принадлежит искривлению носовой перегородки (22,5 %), третье место – гипертрофии глоточной миндалины (22,0 %), четвертое место занимают хронические заболевания уха (12,1 %), пятое место – хроническому тонзиллиту (5,5 %) и последнее шестое место – хроническому риниту (4,0 %). Структура ЛОР-патологии изменяется с возрастом детей. В 2 года наибольший удельный вес имеют гипертрофия небных миндалин 50,0 % и гипертрофия глоточной миндалины 38,5%, остальные 11,5 % - патология среднего уха и полости носа. Далее с 3 лет и до 6 лет происходит снижение доли гипертрофии небных миндалин и гипертрофии глоточной миндалины до 28 % и 15 % к 6 годам, соответственно. В это же время происходит увеличение доли хронического тонзиллита до 8,3 %, хронического ринита до 8,3 % и заболеваний среднего уха (хронический серозный средний отит, экссудативный отит, хронический гнойный средний отит) до 13,3 %. Доля искривления носовой перегородки претерпевает незначительные колебания в пределах 25 – 27 % с 3 до 6 лет.

Закономерно происходит и изменение уровней распространенности отдельных нозологических форм с возрастом детей. С 2 лет происходит увеличение распространенности гипертрофии миндалин с $305,9 \pm 50,0$ ‰ до $333,3 \pm 54,4$ ‰ в 4 года, затем снижение до $226,7 \pm 48,3$ ‰ к 6 годам. Распространенность гипертрофии глоточной миндалины уменьшается с $235,3 \pm 46,0$ ‰ в 2 года до $120,0 \pm 37,5$ ‰ в 6 лет. Распространенность хронического тонзиллита увеличивается с $41,7 \pm 20,4$ ‰ в 3 года до $85,4 \pm 30,9$ ‰ в 5 лет и уменьшается к школьному возрасту до $66,7 \pm 28,8$ ‰. Распространенность хронического ринита увеличивается с $11,8 \pm 11,7$ ‰ в 2 года до $66,7 \pm 28,8$ ‰ в 6 лет. Частота заболеваний среднего уха увеличивается с $47,1 \pm 23,0$ ‰ в 2 летнем возрасте до своего пика в 5 лет $134,1 \pm 37,6$ ‰ и снижается к школе до $106,7 \pm 35,6$ ‰ (уменьшение происходит в основном за счет экссудативного среднего отита).

Оценена тенденция распространенности путем выравнивания динамических рядов по функции экспоненциальной кривой. Тенденцию к увеличению с возрастом имеют такие заболевания как: хронический тонзиллит, хронический ринит, хронические заболевания уха. Тенденцию к уменьшению имеют гипертрофия небных и глоточной миндалин, при этом темп убыли распространенности гипертрофии глоточной миндалины выше, чем гипертрофии небных миндалин.

По половому признаку статистически значимы различия по распространению заболеваний среднего уха (мальчики $152,7 \pm 52,4$ ‰ и девочки $52,4 \pm 15,4$ ‰, $p < 0,05$). По остальным диагнозам различия не значительны и/или статистически не значимы.

Таким образом, в структуре общей и первичной заболеваемости детей г. Архангельска наибольший удельный вес принадлежит болезням класса «Болезни органов дыхания», при этом пятилетняя динамика имеет тенденцию к снижению. Самый высокий уровень заболеваемости по этому классу наблюдается у детей в возрасте 1-7 лет. Имеет место увеличение распространенности хронических болезней миндалин и аденоидов. Болезни уха и сосцевидного отростка занимают в разные годы

шестое и седьмое места в структуре общей заболеваемости, и наблюдается тенденция к росту распространенности как острых, так и хронических отитов.

Литература

1. Анализ адекватности лечения острых форм среднего отита и бактериального синусита в амбулаторно-поликлинической практике / А. И. Крюков, А. Б. Туровский, А. В. Баландин и др. // Вестник оториноларингологии. — 2006. — № 1. — С. 61–64.
2. Богомильский М. Р. Детская оториноларингология / М. Р. Богомильский, В. Р. Чистякова. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001 — 432 с.
3. Гаращенко Т. И. Элиминационная терапия в профилактических программах сезонной профилактики гриппа и ОРВИ / Т. И. Гаращенко, Л. И. Ильенко, М. В. Гаращенко // Русский медицинский журнал. — 2005. — Т. 13, № 1. — С. 52–55.
4. Клиническая иммунология: Учебник для студентов медицинских вузов / Под ред. А. Г. Караулова. — М.: МИА, 1999. — 604 с.
5. Основные показатели состояния здравоохранения г. Архангельска за 2002 год. — Архангельск, 2003. — 88 с.
6. Основные показатели состояния здравоохранения г. Архангельска за 2003 год. — Архангельск, 2004. — 86 с.
7. Основные показатели состояния здравоохранения г. Архангельска за 2004 год. — Архангельск, 2005. — 108 с.
8. Основные показатели состояния здравоохранения г. Архангельска за 2005 год. — Архангельск, 2006. — 116 с.
9. Полунина Н. В. Развитие системы охраны материнства и детства в России / Н. В. Полунина // Педиатрия. — 2006. — № 1. — С. 110–112.
10. Самсыгина Г. А. Новые подходы к лечению острых респираторных инфекций у часто болеющих детей (результаты многоцентрового исследования по программе ЧИБИС) / Г. А. Самсыгина, С. Б. Фитилев, А. М. Левин. // Педиатрия. — 2006. — № 1. — С. 37–46.
11. Стефани Д. В. Иммунология и иммунопатология детского возраста / Д. В. Стефани, Ю. Е. Вельтищев. — М.: Медицина, 1996 — 384 с.
12. Учайкин В. Ф. Решенные и нерешенные проблемы инфекционной патологии у детей / В. Ф. Учайкин // Педиатрия. — 2004. — № 4. — С. 7–11.
13. Шарапова О. В. Региональная политика в области охраны здоровья детей / О. В. Шарапова // Педиатрия. — 2005. — № 1. — С. 5–9.
14. Юрьев В. В. Методологические подходы к оценке влияния экологической обстановки на здоровье детского населения / В. В. Юрьев, А. С. Симаходский // Экология детства: Социальные и медицинские проблемы. — СПб.: Сотис, 1994. — С. 9–11.
15. Янюшкин С. П. Риногенные воспалительные орбитальные осложнения в детской оториноларингологии (по материалам клиники за 10 лет) / С. П. Янюшкин, Е. С. Янюшкина // Вестник оториноларингологии. — 2006. — № 3. — С. 38–40.

Ответственный за переписку:

Зарубин Сергей Сергеевич
27-57-94 2-е хирургическое отделение АОКБ
27-57-98 ЛОР-кафедра СГМУ
64-18-89 дом, 8-911-568-27-23
e-mail: zarub@atknet.ru