

отмечены острая бронхопневмония (14), нейротоксикоз (2), геморрагический синдром (1), острый гнойный отит (5%). В сравнении с осложнениями при банальных ОРВИ у больных с гриппом H1N1 выше уровень осложнений острым бронхитом и гипертермическим синдромом, встречаются такие осложнения, как гипергликемия, миокардит и гломерулонефрит (табл.2). По литературным данным (Учайкин и др., 2009), в структуре осложнений ОРВИ у детей бронхиты составляют 25-30%, гипертермический синдром – 12, острые ларинготрахеиты – 20%.

Тяжелое состояние у детей с гриппом H1N1 обусловлено такими осложнениями, как бактериальные кардиты (2%) и гломерулонефрит (1%).

Помимо клинических симптомов интоксикации у всех больных отмечены изменения показателей клинических и биохимических анализов. Так, в общем анализе крови высокое СОЭ регистрировалось у 100% детей, лейкоцитоз у 56, лимфоцитоз у 50, лимфопения у 25, сниженные показатели гемоглобина у 20, моноцитоз у 70%.

В общем анализе мочи высокое содержание белка отмечено у 4% обследованных детей, лейкоциты у 40, эритроциты у 10%. Так, по результатам анализов диагноз острый пиелонефрит поставлен 5%, интерстициальный нефрит – 1% детей.

В биохимическом анализе снижение содержания глобулинов отмечено у 35%, снижение содержания общего белка у 39, повышение уровня СРБ у 89%. Достоверно значимые отличия

отмечены у детей с гриппом АН1N1 в ряде показателей общего анализа крови (повышение СОЭ, моноцитоз) и общего анализа мочи (повышение содержания лейкоцитов) (табл.3).

Средняя продолжительность койко-дней, проведенных в стационаре, в группе обследованных детей составила 8-9 дней.

Всем детям проведена противовирусная терапия (препараты арбидол, реленза, тамифлю) и в случае бактериальных осложнений антибактериальная терапия (клофаран, цефтриаксон). Улучшение клинического состояния и нормализация лабораторных показателей у детей отмечено на 5-6 день.

Выводы:

1. Течение свиного гриппа H1N1 у детей раннего возраста протекает с выраженными проявлениями интоксикационного синдрома.

2. У детей, инфицированных гриппом H1N1, в отличие от обычного гриппа отмечен высокий уровень бактериальных осложнений: острые бронхиты (43%), острые ларинготрахеиты (25%), воспалительные заболевания ЛОР-органов (32%).

3. Наиболее тяжело протекали та-

кие осложнения, как бактериальный кардит и интерстициальный нефрит.

Таблица 3

Изменения лабораторных анализов у детей с гриппом АН1N1

Лабораторные показатели	Дети с гриппом АН1N1 (%)	Дети с сезонным гриппом (%)	p
ОАК			
Повышенное СОЭ	100	40	> 0,05
Лейкоцитоз	56	30	< 0,05
Лимфоцитоз	50	42	> 0,1
Лимфопения	25	20	< 0,1
Снижение гемоглобина	20	15	< 0,1
Моноцитоз	70	20	> 0,05
ОАМ			
Повышение лейкоцитов	40	15	> 0,05
Повышение эритроцитов	10	12	> 0,1
Общий белок	4	-	
Биохимический анализ крови			
Повышенное содержание глобулинов	35	20	> 0,1
Снижение общего белка	39	28	> 0,1
Повышение уровня СРБ	58	50	> 0,1

Литература

1. Маслова И.А. Некоторые вопросы клиники и диагностики гриппа и других острых респираторных заболеваний: автореф. дис...канд. мед. наук: 14 01.08./ И.А. Маслова; Санкт-Петербургский педиатрический университет. – СПб., 1994. – 28
2. Ритова В.В. Острые респираторные вирусные инфекции у детей раннего возраста /В.В. Ритова// Инфекционные болезни. – 1999. – №1. – С34-38.
3. Смородинцев А.А. Грипп: учебное пособие/ А.А. Смородинцев, А.А. Коровин; Мин-во образования РФ, Санкт-Петербургский педиатрический университет. – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2001. – 129 с.

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

Е.К. Захарова, Т.Р. Поскачина, Л.Б. Малышева РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ГЛАУКОМЫ В ЯКУТИИ

УДК 617-007.681(571.56)

Ключевые слова: глаукома, распространенность, диспансеризация, инвалидность.

Keywords: glaucoma, prevalence, prophylactic medical examination, physical inability.

Введение. Глаукома остаётся одной из важнейших медико-социальных проблем современной офтальмологии, т. к. является второй по значимости причиной слепоты в мире

ЗАХАРОВА Екатерина Кимовна – зав. стационарным отделением ЯРОБ, гл. внештатный офтальмолог МЗ РС(Я); **ПОСКАЧИНА Тамара Романовна** – к.м.н., доцент МИ СВФУ им. М.К. Аммосова; **МАЛЫШЕВА Лиана Баировна** – врач интерн МИ СВФУ им. М.К. Аммосова.

после катаракты. В настоящее время в мире насчитывается 67 млн. больных глаукомой, из них 51млн. больны первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ), 16 млн. – первичной закрытоугольной глаукомой (ПЗУГ). По результатам, опубликованным в British Journal of Ophthalmology, к 2020г. количество заболевших глаукомой увеличится до 79,6 млн., причём 59% всех заболевших глаукомой будут женщины, а 47% – проживать в Азии [6].

Республика Саха (Якутия) – огромная страна на северо-востоке Азии; просторы её необозримы – 3,1 млн. км², едва ли не сороковая часть суши всей планеты, одна пятая часть всей территории России. Она вся находится в зоне вечной мерзлоты. Зимой температура спускается ниже -60°C, а летом поднимается до +40°C. Население республики, по данным Госкомстата в 2008 г., – 950 594 чел.

Таблица 1

Распространенность глаукомы в РС (Я) за период 2000-2009 гг.

Год наблюдения	Численность взрослого населения	Абс. число больных глаукомой	Частота распространения на 10000 взрослого населения, %	На «Д» учёте		Не охвачено «Д» наблюдением	
				Абс.	%	Абс.	%
2000	672583	6287	93,5	5489	93,5	798	12,6
2001	675678	6419	95	5745	89,5	674	10,5
2002	654025	6317	96,5	5812	93	505	7
2003	682000	6162	90,3	5593	90,7	569	9,2
2004	678492	8614	126,9	6172	71,7	2442	28
2005	691348	7409	107,2	6069	81,9	1340	18
2006	677297	9332	137,7	6925	74,2	2407	25,7
2007	684737	8847	129,2	7151	80,8	1696	19
2008	691611	9518	137,6	7150	75,1	2368	24,8
2009	695969	9294	133,5	7532	81	1762	19

Первые данные о распространённости глаукомы на территории Якутии представлены в 1930 г. в Материалах комиссии Академии наук СССР по изучению Якутской Автономной Социалистической Республики. В отчёте врача В.Н. Дорофеева о болезнях глаз среди населения Вилюйского и Олёкминского округов, среди осмотренных 2667 больных с заболеваниями глаз, якутов 81,5%, из них глаукома выявлена у 29 больных и составила 0,1% в нозологической структуре заболеваний глаз [1]. В 1955 г. в РС (Я) зарегистрировано 314 больных глаукомой. С 1957 г. началась диспансеризация больных глаукомой в ряде районов. Следствием активного проведения профилактических осмотров населения явилось увеличение числа состоящих на учёте больных глаукомой: в 1958 г. – 645, 1962 г. – 1255, 1976 г. – 2521, 1995 г. – 4501 чел. (62 на 10000) [5].

Полную характеристику заболеваемости дают интенсивные показатели.

В связи с этим **цель** исследования – анализ заболеваемости и частоты распространённости глаукомы в РС(Я).

Материалы и методы: годовые отчёты формы: 12, 12 доп., 14, 14 доп., 14 ДС, 16 ВН, 17, 30, 57, 201

Результаты и обсуждения. При анализе болезненности глаукомы в РС (Я) отмечен неуклонный рост, что явилось следствием активной диспансеризации после выхода приказа МЗ СССР № 925 (от 22.09.76 г. «Об усилении мероприятий по раннему выявлению и активному наблюдению больных глаукомой»), и увеличение количества больных с 62 (на 10000) в 1976 г. до 93,5 в 2000 г. и 127 в 2004 г. (табл. 1).

Снижение распространённости глаукомы в 2005 г. до 107,2 можно связать со снижением активности профилактических осмотров. Так, если в 2000-2004 г. охват профилактической тонометрией среди лиц старше 40 лет составил 46%, то в 2005 г. всего 33%. Рост распространённости глаукомы с 2006 г. (137,7) связан с активизацией выявляемости больных глаукомой после выхода приказа № 485 МЗ РС (Я) «О мерах по раннему выявлению и лечению больных глаукомой». В данном приказе акцентировалось внимание на проведении ежегодной профилактической тонометрии на этапе доврачебного осмотра всем лицам в возрасте 40 лет и старше, находящимся на стационарном лечении, диспансерном («Д»)наблюдении по поводу любого заболевания.

Несмотря на приказ МЗ СССР № 925, согласно которому диспансерному наблюдению должны подлежать все больные с диагнозом глаукома, в 2002 г. охват «Д» наблюдением составил 93%, т.е. 7% больных глаукомой не состояли на «Д» учёте, однако в следующем, 2004 г., на учёте не состояло уже 28% больных. В последующие годы этот процент составил от 18 до 19% (табл.1).

Наши данные совпадают с данными Минздрава РФ, так, в 2006 г. больных глаукомой в стране 1,025 млн. чел., из них только 805 тыс. находились на диспансерном наблюдении [2], т.е. в России 20% больных глаукомой не наблюдаются у врача офтальмолога, как и в РС (Я).

Анализ динамики заболеваемости за период с 2000 по 2009г. показывает неуклонный рост с 7,9 (на 10000 взрослого населения) в 2000 г. до 15,2 в 2009 г. (рис. 1). Пик заболеваемости отмечен в 2003 г. – 16,2, что связано с высоким показателем укомплектованности офтальмологическими штатами (83,5%). Следующий скачок заболеваемости отмечен в 2008 г. – 18,1%. Несмотря на то, что укомплектованность кадрами в 2008 г. составила 75,4%, выявляемость глаукомы улучшилась, в том числе и на профилактических осмотрах (0,7). Это связано с подготовкой врачебных кадров и приобретением оборудования в Якутской республиканской офтальмологической



Рис.1. Заболеваемость глаукомой в РС (Я) на 10000 тыс. взрослого населения за период 2000-2009 гг.

больнице (ЯРОБ) – оптического когерентного томографа «Stratus 3000».

В ходе исследования установлено, что доля больных с начальной стадией глаукомы, состоящих на диспансерном учёте в 2000 г., составляла 19,7%, а к 2009 г. увеличилась до 24,7%; с развитой стадией – увеличилась с 38,4 до 41,1%; далеко зашедшей – увеличилась незначительно с 19,1 до 19,7%, а терминальной глаукомы – уменьшилась с 22,8 до 14,4% (табл. 2).

Таким образом, доля далеко зашедшей и терминальной стадий глаукомы

Таблица 2

Распределение глаукомы в РС (Я) по стадиям заболевания за период с 2000 по 2009 гг.

Год	Стадии заболевания, %			
	1-я	2-я	3-я	4-я
2000	19,7	38,4	19,1	22,8
2001	21,2	38	18,4	21,7
2002	21,7	37,6	19,5	21,1
2003	21,5	38,9	19	20,6
2004	21	39	20,3	19,8
2005	21,1	39,1	20,1	19,5
2006	24,3	38,9	19,8	17
2007	24	39,5	19,9	16,2
2008	24,5	40,6	20,3	14,4
2009	24,7	41,1	19,7	14,4

в 2009 г. составила 34,1%. Приведённые данные указывают на положительную динамику и свидетельствуют об эффективности диспансерного наблюдения. При оценке эффективности «Д» наблюдения акцент делается на клинично-функциональные характеристики, в том числе и на стадию болезни.

По литературным данным [3], частота глаукомы в группах населения трудоспособного и пенсионного возрастов отличается почти в 10 раз.

По нашим данным, количество больных глаукомой в возрасте до 40 лет составило 1%, от 40 до 49 лет – 7%. Увеличилось количество больных в возрасте от 50 до 59 лет с 16,9% в 2000 г. до 21,6 в 2009 г. Доля больных в возрасте 60-69 лет уменьшилась соответственно с 37,3 до 31%. Большую часть больных глаукомой составили лица старше 70 лет, причём доля их увеличивается с 36,9 до 40%. В целом в самой многочисленной возрастной категории больных глаукомой, старше 60 лет, отмечается снижение с 74,2 до 71% (рис. 2).

Влияние пола на частоту глаукомы не столь велико и, по мнению ряда исследователей, не отмечено выраженных отличий распространённости глаукомы в зависимости от пола [3]. В контингенте лиц, страдающих глаукомой, мужчины составляют 45,5, женщины – 55,5%.

Анализ структуры контингента больных глаукомой по формам показал существенное преобладание ОУГ. За исследуемый период доля ЗУГ снизилась с 29,2% в 2000 г. до 18,4 в 2009 г. (табл. 3), ОУГ увеличилась с 67% до 75,3, смешанная глаукома (СмГ) также увеличилась с 4,5 до 6,25%. Снижение доли ЗУГ на 10,8% и увеличение доли ОУГ на 8,3, а СмГ на 1,75% связано с улучшением качества диагностики, а именно с внедрением обязательной гониоскопии на этапе первичного осмотра у врачей поликлиник и глазных кабинетов ЦРБ.

Анализ показателей инвалидности при глаукоме в РС(Я) показал следующее: в структуре инвалидности глаукома составила от 36,8% в 2001 г. и 34% в 2009 г. (табл. 4).

В России доля глаукомы в структуре слепоты и слабовидения выросла с 14% в 1997 г. до 29% в 2008 г. [2]. На протяжении последнего десятилетия в РФ уровень первичной инвалидности на 10 000 взрослого населения вырос от 0,7 (1997 г) до 2,2 (2005 г.). По данным МСЭ РС (Я), уровень первичной

инвалидности в РС(Я) в 2007-2009 гг. составлял 1,5-1,6. В структуре первичной инвалидности глаукома занимает лидирующую позицию. Доля инвалидов первой группы из числа впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие глаукомы составила в 2007 г. – 50,4%,

в 2008 г. – 48,2, в 2009 г. – 57,0%, второй группы – 22; 22,7 и 21,5%, третьей группы – 27,6, 29,1 и 21,5% соответственно. Среди ВПИ вследствие глаукомы по возрастной градации женщины в возрасте от 55 лет и старше и мужчины в возрасте от 60 лет и старше составляли доминирующую часть ВПИ: в 2007 г. – 85,3%, в 2008 г. – 83,6, в 2009 г. – 86,0%. Относительная стабилизация заболевания и состояние инвалидности при третьей и второй группах инвалидности отмечалась у 30; 33,9 и 29,6% инвалидов соответственно. Показатель суммарного утяжеления групп инвалидности в 2007-2009 гг. составил – 51,3, 46,8 и 51,9% соответственно. Данные показатели были стабильны в течение 3 лет наблюдения [4].

Выводы. В результате проведённого ретроспективного анализа основных показателей распространённости и заболеваемости больных глаукомой за последние 10 лет выявлено, что:

- в Республике Саха (Якутия) за 10-летний период (2000-2009 гг.)

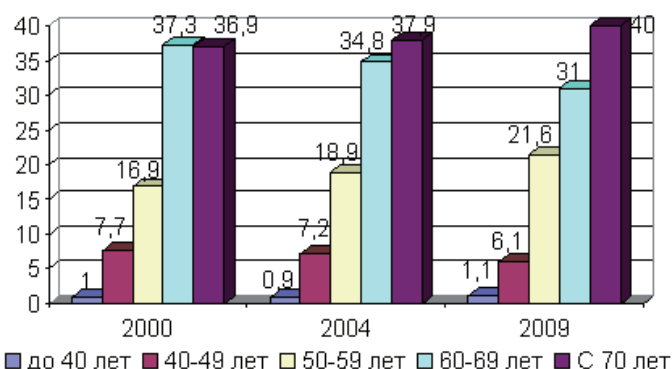


Рис. 2. Распределение больных глаукомой в зависимости от возраста, %

отмечается неуклонный рост распространённости первичной глаукомы, которая увеличилась на 35% и в 2009 г. составила 133,5 на 10000 населения, что значительно выше среднестатистических показателей по России (90,1 на 10000 в 2007 г.);

- при распределении больных глаукомой чаще страдают женщины (55%);
- подтверждена зависимость между уровнем заболеваемости глаукомой и возрастом больных, так, 71% больных глаукомой – лица старше 60 лет;

- по формам заболевания в республике преобладает открытоугольная форма глаукомы (75,3%);

Таблица 3

Распределение глаукомы по формам в РС (Я)

Год	ЗУГ		СмГ		ОУГ	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2000	1602	29,2	248	4,5	3639	66,3
2001	1626	28,3	267	4,6	3852	67
2002	1614	27,7	229	3,9	3969	68,2
2003	1482	26,3	316	5,6	3835	68
2004	1482	24	480	5	4210	68,2
2005	1428	23,5	304	5	4337	71,4
2006	1518	21,9	413	5,9	4994	72,1
2007	1521	21,2	512	7,1	5118	71,6
2008	1423	19,9	485	6,7	5242	73,3
2009	1421	18,4	481	6,2	5793	75,3

Примечание. Формы глаукомы: ЗУГ – закрытоугольная, ОУГ – открытоугольная, СмГ – смешанная глаукома.

Таблица 4

Анализ показателей инвалидности в РС (Я) при глаукоме

Год	Кол-во взрос. инвалидов в РС(Я), абс.	Инвалиды по глаукоме							
		Всего		1 гр.		2 гр.		3 гр.	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2001	2874	1059	36,8	629	21,8	735	25,6	510	17,7
2002	2881	863	30	1561	54,2	736	25,5	584	20,2
2003	2829	973	34,4	1586	56	678	24	565	20
2004	2801	1036	36,9	1565	55,8	656	20,6	580	18,2
2005	3144	1193	37,9	1707	54,3	759	24,1	678	21,6
2006	3116	1218	39	1664	53,4	746	24	706	22,7
2007	3276	1228	37,5	1785	54,5	764	23,3	727	22,2
2008	3168	1146	36,2	1631	51,5	767	24,2	770	24,3
2009	3246	1124	34,6	1672	51,5	739	20,8	835	23,5

- за исследуемый период времени в диспансерной группе больных отмечается снижение доли далеко зашедшей и терминальной стадий глаукомы с 42 до 34%;

- доля глаукомы в структуре инвалидности в РС(Я) составила 34 %, что значительно выше среднестатистических показателей по России (29%), и в структуре первичной инвалидности глаукома занимает лидирующее положение (52,6 и 35,7% соответственно);

- из впервые признанных инвалидами вследствие глаукомы доля инвалидов первой группы составила в 2009 г. 57,0%, что свидетельствует о низкой активности выявления больных;

- по данным МСЭ, за последние три года отмечена относительная стабилизация заболевания и наступления

инвалидности второй и третьей групп в среднем (30%);

- за последнее десятилетие с ростом распространённости глаукомы на территории республики с 93,5 до 133,5 (на 10 000) увеличилось и количество инвалидов – с 1059 до 1124.

Из вышеизложенного следует, что в связи с высоким распространением глаукомы в республике необходимо открыть межрайонные глаукомные кабинеты, оснащенные современным оборудованием и специально обученным персоналом.

Литература

1. Дорофеев В.Н. Болезни глаз среди населения Вилюйского и Олёкминского округов / В.Н. Дорофеев // Материалы комиссии по изучению Якутской Автономной Советской Соци-

алистической Республики. – Л.: Изд. Академии наук СССР, 1930. –С. 29-34.

2. Либман Е.С. Эпидемиологическая характеристика глаукомы / Е.С. Либман //Глаукома. – М., 2009. – №1 (приложение). – С. 2-3.

3. Либман Е.С. Эпидемиологические характеристики глаукомы / Е.С. Либман, Е.А. Чумалева, Я.Э. Елькина //Новости офтальмологии. – М., 2007.

4. Тарабукина А.Э. Медико-социальные проблемы глаукомы / А.Э. Тарабукина, Т.И. Тарюская // Практические аспекты медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов в Республике Саха (Якутия): мат. респ. конф. – Якутск, 2010. – С.108-112.

5. Удалова Н.Т. Офтальмологии Якутии 80 лет: этапы и перспективы ликвидации устранимой слепоты / Н.Т. Удалова //Офтальмологии Якутии-80: этапы и перспективы устранимой слепоты. – Якутск, 2005. –С. 15-33.

6. Quigly H.A. //The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020 / Br.J.Ophthalmolgi. H.A. Quigly, A.T. Broman. – 2006. – 90. –С. 262-270.

А.Н. Григорьева

МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ПО ДАННЫМ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА РБ№1-НЦМ

УДК 616-053.3-089.168.8(571.56)

Показатель больничной летальности детей первого года жизни - один из основных показателей эффективности деятельности детского стационара и отражает такие параметры, как: уровень качества оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе и состояние urgentных видов помощи детям первого года жизни в лечебно-профилактических учреждениях республики; качество пренатальной диагностики во всех лечебно-профилактических учреждениях республики; качество работы отделения реанимации и интенсивной терапии и его ресурсное обеспечение (кадровое и техническое); уровень ответственности коллектива детской больницы в деле снижения младенческой смертности; организацию и качество высокотехнологичной медицинской хирургической помощи новорожденным и детям раннего возраста с врожденными пороками и аномалиями развития.

С целью изучения состояния летальности детей первого года жизни в условиях специализированного стационара проведен медико-статистический анализ данных из первичных медицинских документов 44 детей

первого года жизни, умерших в Педиатрическом центре РБ№1-НЦМ в период 2005-2009 гг.

Анализ результатов медико-статистического исследования больничной летальности детей первого года жизни показал, что 52,3% составили дети из улусов, 47,7 – дети из г. Якутска; по национальному составу 63,6% - якуты, 29,5 – русские, 4,5 – эвены, 2,3% – прочие; по полу: 63,6% - мужского пола, 36,4 – женского. В неонатальном периоде умерли 43,2% детей, в раннем неонатальном периоде 20,4, позднем неонатальном периоде – 56,8, постнеонатальном периоде – 56,8%.

18,1% случаев летальности детей первого года жизни составила досуточная летальность. Хирургические операции и манипуляции были проведены у 61,4% умерших. В отделениях хирургического профиля умерли 61,4, соматического – 38,6% детей первого года жизни, госпитализированных в Педиатрический центр.

Анализ структуры причин леталь-

ных исходов у детей в возрасте до года по заболеваниям показал, что врожденные аномалии, пороки развития, деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99) составили 54,5%, отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (P00-P96) – 25,0%, болезни системы кровообращения (I00-I99) – 6,8; болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00-E89) – 4,5; новообразования (C00-D48), болезни органов пищеварения (K00-K92), болезни нервной системы (G00-G98), 2,3%, а также травмы, отравления и некоторые др. последствия воздействия внешних причин (S00-T98) составили по 2,3% каждое.

В структуре умерших от врожденных пороков развития (ВПР) 62,5% составили пороки развития органов пищеварения, 31,3 – пороки развития системы кровообращения, 6,2% – множественные ВПР.

Патологоанатомические исследования в 95,4 % случаев

Динамика госпитальной летальности детей за 2005-2009гг. в Педиатрическом центре (% к госпитализированным соответствующего возраста)

Показатель	2005г.	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.
Летальность детей от 0 до 1 года	0,7	0,7	0,9	0,4	0,9
Летальность детей от 0 до 14 лет	0,2	0,21	0,21	0,1	0,18

ГРИГОРЬЕВА Антонина Николаевна – зав. орг.-метод. отделом Педиатрического центра РБ№1-НЦМ МЗ РС(Я).