

казатель наблюдался в IV регионе 12(3,76%), нходящемся на гористой местности, и с отсутствием индустриализации в городах этого региона. У 518 (59,95%) больных опухолевый процесс поражал правое легкое, у 332 (38,43%) левое легкое. Двухстороннее поражение диагностировано у 14 (1,62%) больных. 200 больных раком легкого отмечали в анамнезе хронические заболевания легких. Из них у 95 (47,5%) был хронический бронхит, у 7 (3,5%) бронхоэктатическая болезнь, у 29 (14,5%) хроническая пневмония легких, у 69 (34,5%) прочие заболевания, такие как пневмофиброзы, эмфиземы, буллезные изменения легких и т.д. Среди этих больных 70 (35%) были курильщиками, 85 (42,5%) помимо курения одновременно употребляли спиртные напитки. Среди больных раком легкого с хроническими заболеваниями только 44 (22%) отрицали вредные привычки в анамнезе.

Таблица 2

Распределение городских и сельских больных раком легкого по стадиям опухолевого процесса, чел (n=733)

Больные	I стадия	II стадия	III стадия	IV стадия	Итого
Городские жители	6 (1,07%)	94 (16,76%)	283 (50,45%)	178 (31,73%)	561 (76,53%)
Сельские жители	3 (1,74%)	42 (24,42%)	82 (47,67%)	45 (26,16%)	172 (23,47%)
Итого	9 (1,23%)	136 (18,55%)	365 (49,80%)	223 (30,42%)	733 (100%)

ЛИТЕРАТУРА

1. Солтанов А.А. Сопутствующие заболевания и вредные привычки у больных раком легкого // Доклады Национальной Академии Наук Азербайджана. — 2007. — Т. LXIII. №5. — С.119-124.
2. Солтанов А.А. Рак легкого и возможные его причины // Современные достижения медицины Азербайджана. — 2007. — №3. — С.166-171.
3. Axelson O. Alternative for estimating the burden of lung cancer from occupational exposures // Scand. J. Work. Environ. And Health. — 2002. — Vol. 28, №1. — P. 58-63.
4. Carney DN. Lung cancer-time to move on from chemotherapy. // N Engl J Med — 2002. — Vol. 346(2). — P.126-128.
5. Ginsberg R.J., Vokes E.E., Rosenzweig K. Non-small cell lung cancer. // Cancer principles and practice of oncology. / Ed. V.T. Jr.

Из 561 городских больных раком легкого у 6 (1,07%) установлена I стадия опухолевого процесса, у 94 (16,76%) II стадия опухолевого процесса, у 283 (50,45%) III стадия опухолевого процесса и у 178 (31,73%) IV стадия опухолевого процесса. Таким образом у 461 (82,18%) городских больных установлен III и IV стадия заболевания. Из 172 сельских больных раком легкого у 3 (1,74%) установлена I стадия, у 42 (24,42%) II стадия, у 82 (47,67%) III стадия и у 45 (26,16%) IV стадия опухолевого процесса. Как видно из анализа данных, большинство 461 (82,18%) городских и 127 (73,83%) сельских больных раком легкого обратились за специализированной помощью в поздних (III и IV стадиях) стадиях опухолевого поражения, что делает необходимым проведение просветительских работ по онкопульмонологии среди общей лечебной сети по Республики.

Таким образом, рак легкого в 74,74% случаев поражает людей в возрасте старше 50 лет. Большинство — 644 (74,02%) — больных раком легкого были жителями I региона, 646 (74,25%) жителями городов Республики. Большинство — 249 (40,1%) — городские больные раком легкого помимо курения одновременно употребляли спиртные напитки. Рак легкого часто поражает правое легкое. По нашим данным 60% случаев опухолевый процесс поражал правое легкое независимо от места жительства больных. Среди больных раком легкого с хроническими заболеваниями легких 77% были курильщиками. У большинства (80,22%) больных рак легкого диагностирован на поздних (III и IV) стадиях опухолевого процесса, что делает необходимым проведения просветительских работ по онкопульмонологии среди общей лечебной сети.

DeVita, S. Hellman, S.A. Rosenberg. — 6th ed. — Philadelphia: Lippincott-Williams & Wilkins, 2001. — P. 925-983.

6. Fraumeni J.F. Jr. Respiratory carcinogenesis: an epidemiologic appraisal. // J Natl Cancer Inst. — 1975. — 55(5). — P. 1039-1046.
7. Janerich D.T., Thompson W.D., Varela L.R., et al. Lung cancer and exposure to tobacco smoke in the household. // N Engl J Med. — 1990. — Vol. 323(10). — P. 632-636.
8. Ahmedin J., Travis W.D., Tarone R.E., et al. Lung cancer rates convergence in young men and women in the United States: Analysis by birth cohort and histologic type // Int. Journal of Cancer. — 2003. — Vol. 105, №1. — P. 101-107.
9. Nicholas J.J. By how much does smoking cessation, or avoidance of starting smoking, reduce risk. // Primary prevention. Clinical Evidence. — 2002. — Vol. 7. — P. 91-123.

Адрес для переписки: 370012, Республика Азербайджан, Баку, ул. Таги-заде, 9-58, Солтанов Абулфаз Агасолтан-оглы — сотрудник Центра. E-mail: azonco@azerin.com

© СОЛОДУН Ю.В., ВОРОНЦОВА М.В. — 2009

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Ю.В. Солодун, М.В. Воронцова

(МУЗ «Клиническая больница №1 г. Иркутска», гл.врач — Л.А. Павлюк; Иркутский юридический институт (филиал) Академии Генеральной прокуратуры РФ, директор — д.ю.н. С.В.Пархоменко.)

Резюме. В статье приводятся данные об особенностях морфологических проявлений туберкулеза у алкоголиков и наркоманов, умерших в клиниках г. Иркутска за период 1999–2006 гг. Отмечены характерные проявления продуктивного воспаления, лежащие в основе патоморфоза туберкулезного процесса у ВИЧ-инфицированных лиц, больных наркоманией.

Ключевые слова: туберкулез, наркомания, ВИЧ-инфекция.

MORPHOLOGICAL MANIFESTATION OF TUBERCULOSIS INFECTION IN DRUG ADDICTS, WITH POSITIVE HIV STATUS

Yu. V. Solodun, M. V. Vorontsova
(Irkutsk Municipal Clinical Hospital N1)

Summary. The article presents data on the peculiarities of morphological manifestations of tuberculosis in alcoholics and drug addicts who died in Irkutsk clinics within 1999–2006. The group of drug addicts with a positive HIV status died of tuberculosis is singled out. Morphological peculiarities of productive inflammation in this group underlain the pathomorphism of tuberculosis process of HIV infected are marked.

Key words: tuberculosis, drug addicts, HIV-infection.

Морфологические признаки туберкулезной инфекции
в исследуемых группах

Варианты воспаления	1 группа (n=60)		2 группа (n=24)		3 группа (n=17)	
	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.
Острые генерализованные формы	22	36,6%	20	83,3%	2	11,7%
Острые деструктивные формы	38	63,3%	4	16,6%	5	29,4%
Количество пораженных органов	1-4		3-8		1-4	
Специфические клеточные реакции, гранулемы продуктивного типа	45	75%	-	-	15	88,3%
Минимальная специфическая клеточная реакция	15	25%	24	100%	2	11,7%
Преобладание альтеративно-экссудативных реакций	6	10%	18	75%	-	-

Туберкулез является одним из наиболее распространенных, оппортунистических заболеваний у ВИЧ-инфицированных и составляет до 40% всех вторичных заболеваний [1,3, 4, 10, 16, 17]. Летальность от туберкулеза больных СПИД крайне высока и колеблется, по данным зарубежных авторов, от 22% до 34,1%. По данным профессора Ю.Г. Пархоменко, в 14% случаев при аутопсии больных с ВИЧ-инфекцией выявляется туберкулез, причем у умерших ВИЧ-инфицированных в 86,7% туберкулез является непосредственной причиной смерти, а в 93,4% наблюдений имеет место гематогенная диссеминация туберкулеза с легочной и внелегочной локализациями [2,5,8,9].

Учитывая высокий риск заражения туберкулезом, проистекающий от лиц с девиантным поведением (алкоголиков, наркоманов) и в соответствии со ст.45 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации, к лицам, страдающим заразными формами туберкулеза, с целью предупреждения распространения инфекционного заболевания от них на неопределенный круг лиц, может быть, по решению суда, назначено принудительное лечение. Однако осуществить эффективный контроль за состоянием здоровья наркоманов и алкоголиков чрезвычайно сложно, поскольку они своевременно не обращаются за медицинской помощью и становятся источником повышенной опасности для окружающих. Нередко они, являясь пациентами хирургических стационаров и других лечебных учреждений, скрывают свои инфекционные заболевания. Этим продиктовано информационное письмо Генеральной прокуратуры №72/3-103-07 от 03.02.2007 «О мерах по усилению прокурорского надзора за исполнением законодательства об охране здоровья граждан и санитарно-эпидемиологическом благополучии населения в противотуберкулезных лечебных учреждениях», руководствуясь которым следует помещать на принудительное лечение больных туберкулезом, нарушающих предписание или скрывающихся от лечения. Только в г. Иркутске, где по данным исследований, выполненных Р.Е. Ульфаном в 2003 году, носителями туберкулеза и ВИЧ-инфекции являлось около 4 тыс. человек, а с точки зрения Д.В.Ленок в настоящее время распространение инфекций идет от социально дезадаптированных лиц к другим категориям населения.

В доступной литературе приводятся единичные сведения, освещающие отдельные аспекты туберкулезного воспаления у наркозависимых лиц в связи с чем, целью данного исследования явилось установление характерных особенностей морфологических проявлений туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы

На базе патолого-анатомического отделения МУЗ «Клинической больницы №1 г.Иркутска» были изучены материалы историй болезни и результаты аутопсий 101 умер-

Таблица 1

шего от туберкулеза за период 1999-2006 гг. Среди них 60 алкоголиков (1 группа), 24 наркомана с ВИЧ «+» статусом (2 группа) и 17 не имеющих в анамнезе указаний на алкоголизм и наркоманию (3 группа).

Результаты и обсуждение

У алкоголиков (1 группа) в значительной степени преобладают вторичные формы туберкулеза- 42(70%) человека, гематогенный туберкулез — 18 (30%), а вот случаев первичного туберкулеза отмечено не было. На долю фиброзно-кавернозного туберкулеза приходится 20 (33,4%) случаев, фиброзно-очаговый и острый крупноочаговый туберкулез составил по 7 (11,7%) случаев, далее следует казеозная пневмония — 6 (10%).

Близкие по значению показатели отмечены в группе больных, не страдавших алкоголизмом и наркоманией (3 группа) в которой преобладают вторичные формы туберкулеза- 11 (64,7%), гематогенные формы- 6 (35,3%), также первичные формы отмечены не были. В этой группе на первом месте фиброзно-кавернозный туберкулез- 6(35,3%) случаев, на втором казеозная пневмония — 3 (17,6%) случая, третье место разделили гематогенно-диссеминированный и милиарный туберкулез по 2 (11,7%) случая.

В то же время, во 2 группе, умерших от туберкулеза наркоманов отмечался ряд особенностей, выражающихся в преобладании гематогенных форм- 12 (50%) случаев, далее следуют первичные формы туберкулеза — 7 (29%) случаев, а на вторичные формы пришлось 5 (21%) случаев. У наркоманов преобладают: милиарный и острый крупноочаговый туберкулез по 4 (16,6%) случая, а также острейший туберкулезный сепсис и первичный туберкулез в форме туберкулезного бронхоаденита по 3 (12,5%) случая. На первичные формы туберкулеза в виде прогрессирования первичного туберкулезного комплекса в легком и кишечнике, а так же фиброзно-кавернозный туберкулез выпало по 2 (8,3%) случая.

При морфологическом исследовании выявлено, что в первой и третьей группах существенных различий в проявлениях воспаления нет (табл. 1). Отмечается незначительное число генерализованных форм, с преобладанием деструктивного компонента воспаления в группе алкоголиков, причем число пораженных органов

Таблица 2

Осложнения туберкулеза

	1 группа (n=60)		2 группа (n=24)		3 группа (n=17)	
	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.
Специфические осложнения						
Туберкулез лимфатических узлов	23	38,3%	16	66,6%	7	41,2%
Туберкулезное поражение гортани, бронхов	33	55%	8	33,3%	8	47,1%
Гематогенная генерализация	33	55%	24	100%	6	35,3%
Туберкулезный менингит	1	1,6%	3	12,5%		
Туберкулезное поражение рта, глотки, пищевода, желудка, кишечника	19	31,6%	11	45,8%	4	23,5%
ВСЕГО	109	53,2%	62	80,5%	25	59,5%
Неспецифические осложнения						
Дыхательная недостаточность	29	48,3%	3	12,5%	2	11,7%
Кахексия, интоксикация	48	80%	13	54,2%	7	41,2%
Хр. легочное сердце	12	20%			6	35,3%
Кровотечение	1	1,6%			1	5,8%
Амилоидоз	1	1,6%				
Параспецифич. пневмония	5	8,3%	1	14,2%	1	5,8%
ВСЕГО	96	46,8%	15	19,5%	17	40,5%

Зоны тканевых и клеточных реакций у умерших от туберкулеза в группах алкоголиков, наркоманов и прочих не страдавших алкоголизмом и наркоманией

Морфометрические показатели	4 группа (n=60)	5 группа (n=24)	6 группа (n=17)
Ширина зоны альтеративно-экссудативных изменений (выделена из зоны казеозного некроза) (мкм)	31,4±6,8	311,3±33,7	15,9±6,2
Диаметр зоны казеозного некроза (мкм)	234,6±5,4	718,3±15,4	205±6,5
Ширина зоны специфического клеточного инфильтрата (мкм)	355,9±17,1	92,5±6,4	369,5±31,4
Ширина зоны фибробластических изменений (выделена из зоны специфического клеточного инфильтрата) (мкм)	118,8±8,6	9,8±3,9	124,5±15,7

Примечание: Приведены средние арифметические ± доверительные интервалы при 95% уровне значимости.

колеблется в диапазоне от 1 до 4. В картине воспаления преобладают специфические клеточные гранулематозные реакции продуктивного типа, отмечается хорошо выраженная фибробластическая трансформация с инкапсуляцией и склерозированием очагов творожистого некроза (рис. 1). В этих группах наблюдаются единичные случаи с плохо манифестированной клеточной реакцией, как и в случаях генерализации туберкулеза отмечаются альтеративно-экссудативные реакции. Однако, повсеместно наряду с очагами альтерации наблюдаются отчетливые признаки продуктивного воспаления с эпителиоидно-гигантоклеточной реакцией, а так же наличие типичных гранулем различной стадии зрелости.

Существенные отличия отмечены в группе умерших от туберкулеза наркоманов (имевших ВИЧ «+» статус) у которых преобладают острые генерализованные формы (83,3%) с одновременным поражением нескольких органов (до 8). В гистологической картине отмечается преобладание альтеративно-экссудативных реакций при отсутствии достоверного продуктивного компонента воспаления. Очаги воспаления имеют вид гнойно-некротических фокусов, по периферии которых дислоцируются единичные эпителиоидные клетки и лимфоциты, но отсутствуют гигантские многоядерные клетки и не наблюдается созревающих гранулем. Процесс имеет мономорфный характер, поскольку не выявляются гранулемы различной степени зрелости (рис. 2).

Проявления специфических и неспецифических осложнений в 1 и 3 группах на протяжении всего исследуемого периода равное. Следует отметить увеличение числа случаев абдоминального туберкулеза в последние

Таблица 4

Клеточный состав гранулем

	4 группа (n=60)	5 группа (n=24)	3 группа (n=17)
Нейтрофилы	29,5±6,6	150,3±16,3	15±5,8
Лимфоциты	152,8±5,8	51,7±1,6	160,8±2,2
Макрофаги/Эпителиоидные клетки	46,8±2,7	11,2±1,3	59,2±1,5
Фибробласты	54,3±3,7	3,4±1,4	56,4±1,5
ГМК	2,2±0,2	0,3±0,1	2,6±0,2

Примечание: Приведены средние арифметические ± доверительные интервалы при 95% уровне значимости.

Таблица 3

годы с 16,6% до 31,6% в группе 1, и от 0 до 23,5% в третьей группе.

Характерные осложнения выявлены в группе умерших от туберкулеза наркоманов, где зачастую наблюдалась гематогенная генерализация инфекции с абдоминальным распространением процесса — 45,8% и формирование в ЖКТ туберкулезных язв, осложненных перфорацией и разлитым перитонитом. В этой группе также 12,5% случаев выявлен туберкулезный менингит. Соотношение неспецифических и специфических осложнений смещено в сторону последних, на

долю которых приходится 80,5% (табл. 2).

Выполненные морфометрические методы исследования не позволили выявить достоверных отличий при оценке площади зон воспаления между 1-й и 3-й группами. Однако в группе наркоманов выявлены значительные и достоверные отличия в сравнении как с 1, так и с 3 группами (табл. 3).

Изученный состав клеточных воспалительных очагов позволяет высказаться о достоверных отличиях количественных показателей клеток воспаления в группе наркоманов, в сравнении с алкоголиками и прочими (табл. 4).

Полученные данные свидетельствуют о характерной морфологической картине туберкулезного воспаления у наркоманов с ВИЧ «+» статусом, что позволяет считать верифицированные изменения базовыми, при оценке современного патоморфоза туберкулезной инфекции. Выявленные при клиническом обследовании изменения иммунного статуса характерные для ВИЧ-инфекции и подтвержденные при морфологическом исследовании воспалительные реакции, являются неблагоприятным фоном при туберкулезе. Нарушения в клеточном звене иммунитета, обусловленные дефицитом Т-хелперов, приводят к дефектам в реакции гиперчувствительности замедленного типа (ГЗТ), в связи с чем утрачивается способность иммунокомпетентной системы к образованию туберкулезных гранулем, что создает условия для диссеминации и генерализации инфекции.

Воспалительные реакции у ВИЧ-инфицированных наркоманов видоизменяются, приобретая характер гиперчувствительности немедленного типа (ГНТ) с формированием гнойно-некротических очагов воспаления на фоне слабой продуктивной реакции, не ограничивающей туберкулезное воспаление. Таким образом, у ВИЧ-инфицированных наркоманов течение туберкулезной инфекции приобретает генерализованный характер, с высоким риском гематогенного, полиорганного распространения, что может служить причиной госпитализации таких больных в хирургические и терапевтические клиники, тем самым подвергая риску людей получающих лечение в указанных лечебных учреждениях. Следовательно, принудительное помещение в специализированные стационары для лечения туберкулеза наркоманов, основанное на объективной оценке их состояния здоровья, является актуальным требованием сегодняшнего дня.

ЛИТЕРАТУРА

- Ерохин В.В., Корнилова З.Х., Алексеева Л.П. Особенности выявления, клинических проявлений и лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных. // Пробл. туб. — 2005. — №10. — С.20-27.
- Кобелева Г.В., Копылова И.Ф. Патогенез туберкулеза органов дыхания в современных условиях // Пробл. туб. — 1997. — №1. — С. 35-37.
- Кравченко А.В., Щелканова А.И., Ермак Т.Н., Литвинова Н.Г. и др. Анализ больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в Московском регионе // Пробл. туб. — 2005. — №10. — С. 34-37.
- Москвина Е.А. Спектр вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции с учетом антиретровирусной терапии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — СПб., 2002.
- Пархоменко Ю.Г. и др. Анализ аутопсий при ВИЧ-инфекции // Арх. Патологии. — 2003. — №3. — С. 29-31.
- Пархоменко Ю.Г., Ерохин В.В., Зюзя Ю.Р., Лепеха Л.Н., Тишкевич О.А. Патоморфологические изменения в легких при туберкулезе у умерших от ВИЧ-инфекции в стадии СПИДа. // Архив патологии. — 2007. — №3. — С. 26-28.
- Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. ВИЧ-инфекция: Клиника, диагностика, лечение. — М., 2003.

8. Фролова О.П. Особенности течения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных и меры его профилактики: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб., 1998.

9. Фролова О.П. Эпидемическая ситуация по туберкулезу среди больных ВИЧ-инфекцией в России и система мер его профилактики. // Пробл. туберкулеза. — 2001. — №5. — С. 31-34.

10. Aung S., Sutherland K., Elwood K., et al. Antituberculosis drug resistance in HIV-infected, and HIV-status unknown tuberculosis patients in Western Canada // Intern. J. Tuberc. A Lung Dis. — 2002. — Vol. 6, №10 (suppl. 1). — P. 90-91.

11. Germa F., Fitz G.J. M. Two case reports. // Brit. Columbia Med. J. — 2002. — Vol. 44. — №1. — P. 27-29.

12. Lado F.L., Gomez E., Arceo E., Cabarcos A. Clinical presentation of tuberculosis and the degree of immunodeficiency in patients with HIV infection // Scand. J. Infect. Dis. — 1999. — Vol. 31. — P. 387-391.

13. Rakoto-Ratsimba H.N., Samison L.H., Razafimahandry H.J. Multiplicité des formes cliniques de l'appendicite tuberculeuse: [16 Journées de la Société française de chirurgie digestive, Toulouse, 6-7 dc., 2001] // Ann. Chir. — 2001. — Vol. 126. — № 9. — P. 928.

14. Sepkowitz K.A., Raffaoli J., Riley L., et al. Tuberculosis in the AIDS era // Clin. Microbiol. Rev. — 1995. — Vol. 8. — № 2. — P. 180-199.

15. Sharma S.K., Mohan A. Extrapulmonary tuberculosis // Indian J. Med. Res. — 2004. — Vol. 120. — P. 316-353.

16. Thakker R.M., Mistry M.A., Mistry A.B. Clinical, radiological and bacteriological spectrum of TB — HIV co-infection: Amargadh study. // Intern. J. Tuberc. A Lung Dis. — 2002. — Vol. 6. — №10, suppl. 1. — P. 91.

17. Xue Y., Brassard P., Allard R., et al. AIDS-related tuberculosis and associated risk factors in Quebec in the era of HAART. // Intern. J. Tuberc. A Lung Dis. — 2002. — Vol. 6. — №10, suppl. 1. — P. 89.

Адрес для переписки: 664046, Иркутск, ул. Байкальская, 118, Воронцов М.В. — врачу-патологоанатому, к.м.н.

© ШАЛИНА Т.И., ВАСИЛЬЕВА Л.С., САВЧЕНКОВ М.Ф., САВВАТЕЕВА В.Г. — 2009

АНАЛИЗ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПО КЛАССАМ БОЛЕЗНЕЙ В ПРОМЫШЛЕННЫХ ГОРОДАХ

Т.И. Шалина, Л.С. Васильева, М.Ф. Савченков, В.Г. Савватеева
(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н. проф. И.В. Малов,
кафедра анатомии человека, зав. — к.м.н., доц. Т.И. Шалина)

Резюме. Изучена общая заболеваемость у детей и подростков в г. Иркутск и г. Шелехов по классам болезней. Установлено, что заболеваемость в 2007 г. по сравнению с 1994 г. значительно возросла. В г. Иркутске заболеваемость подростков возросла по сравнению с заболеваемостью детей по 4 классам болезней (органов эндокринной, нервной, мочеполовой и костно-мышечной систем). В г. Шелехов этот показатель увеличился по 6 классам болезней (органов эндокринной, пищеварительной, мочеполовой и костно-мышечной систем, системы кровообращения, травм и отравлениям), что отражает кумуляцию в детском организме загрязнителей, концентрация которых более высокая в г. Шелехов.

Ключевые слова: Заболеваемость детей и подростков, промышленные города.

THE ANALYSIS OF GENERAL DISEASES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS OF THE INDUSTRIAL CITIES

T.I. Shalina, L.S. Vasilyeva, M.F. Savchenkov, V.G. Savvateeva
(Irkutsk State Medical University)

Summary. It was studied the general diseases in children and adolescents of Irkutsk and Shelekhov according to the disease classes. It was revealed that the diseases have more increased in 2007 year with 1994 relatively. In Irkutsk the illness was rising in adolescents comparatively with children according to four classes of diseases: endocrine, nervous, urinary and osteomuscular systems. In Shelekhov this index increased according to 6 classes: endocrine, urinary, osteomuscular, gastrointestinal, circulatory systems, traumas and poisoning. So it reflects the accumulation of pollutants in children's organism because of higher its concentration in Shelekhov.

Key words: diseases in children and adolescents, industrial cities.

Фтор в определенных количествах необходим для поддержания здоровья, но в избыточных количествах токсичен для человека. Соединения фтора при длительном воздействии способны накапливаться в организме, особенно в высокоминерализованных тканях, вызывая патологические изменения органов и тканей (флюороз зубов и костей, остеопороз, нарушение функций печени, половых желез, мочевыделительной системы и др.) [3,4,5,6,7]. Это неизбежно сказывается на заболеваемости населения, постоянно проживающего в зоне техногенного загрязнения. Для разработки профилактических мер необходим мониторинг общей заболеваемости, особенно, детей и подростков [1,2].

Цель настоящего исследования — провести анализ общей заболеваемости у детей и подростков по классам болезней за период 1994 — 2007 гг. в городах Иркутск и Шелехов.

Материалы и методы

Использованы материалы МЗ Иркутской области за 1994 год, 2000 год, 2004 год и 2007 год, а также Государственные доклады «О состоянии здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Иркутской области...» за те же года.

Результаты и обсуждение

Данные по общей заболеваемости детей и подростков по классам болезней в г. Иркутске представлены в табл.1. На протяжении всего анализируемого периода ведущее ранговое место в структуре заболеваемости и у детей, и у подростков занимали болезни органов дыхания. По остальным классам болезней в 1994 году у детей (до 12 лет) значительно меньше наблюдалось инфекционных и паразитарных болезней и болезней нервной системы, менее всего зарегистрировано болезней органов пищеварения, кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечной системы. В 2007 г. уровень общей заболеваемости детей г. Иркутска по всем классам болезней увеличился в 2,7 раза. Больше всего он увеличился по следующим классам болезней: травмы и отравления (в 7,3 раза), врожденные аномалии (в 6 раз), болезни эндокринной системы (в 6,6 раз), возрос уровень болезней органов дыхания и костно-мышечной системы (в 2,5 раза), болезней крови и кроветворных органов (в 4,6 раза), новообразований и болезней системы кровообращения (соответственно, в 3,8 и 4,6 раза). Уменьшение заболеваемости детей было обнаружено лишь по одному классу болезней —