

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Analiza przyczyn hospitalizacji dzieci w oddziale otolaryngologicznym wybranego szpitala w Warszawie

Analysis of reasons for children's hospitalisation in a selected otolaryngology unit in Warsaw

AGNIESZKA TOPCZEWSKA-CABANEK^{1, D-F}, BARBARA GOMUŁKA^{2, A-F}, ANETA NITSCH-OSUCH^{1, A-D}, EWA GYRCZUK^{1, C, D}, KATARZYNA ŻYCIŃSKA^{1, D}, KAZIMIERZ A. WARDYN^{1, G}

¹ Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej z Oddziałem Klinicznym Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

² Wydział Pielęgniarstwa Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Nawracające infekcje górnych dróg oddechowych (ostre zapalenia uszu, gardła i krtani) należą do najczęstszych chorób u dzieci, szczególnie w okresie wczesnowiosennym i jesienno-zimowym. Jedną z najczęstszych chorób wieku dziecięcego wymagających hospitalizacji jest przerost migdałków podniebiennych i/lub migdałka gardłowego.

Cel pracy. Analiza przyczyn hospitalizacji u dzieci do 18. roku życia w oddziale otolaryngologicznym.

Materiał i metody. Badaniem objęto 16 218 pacjentów (6 617 dziewcząt i 9 601 chłopców). Dokonano analizy dokumentacji medycznej w szpitalu.

Wyniki. Od 2002 r. wzrasta liczba przyjęć planowych pacjentów zakwalifikowanych do operacji usunięcia przerośniętych migdałków. Obserwuje się skrócenie średniego czasu hospitalizacji z 3,5 dnia (2002 r.) do 1,5 dnia (w ostatnich 4 latach).

Wnioski. Najczęstszą przyczyną hospitalizacji były przyjęcia planowe związane z zabiegiem operacyjnym usunięcia przerośniętych migdałków podniebiennych współistniejących z przerostem migdałka gardłowego.

Słowa kluczowe: infekcje dróg oddechowych, przerost migdałków podniebiennych, dzieci.

Summary Background. Recurrent upper tract infections (otitis media, pharyngitis, laryngitis) are common diseases in children in early-spring and autumn-winter season. Overgrown palatine tonsils and/or third tonsil are the two most common childhood diseases which need hospitalization.

Objectives. The purpose of this study was to analyse the causes for hospitalization in otolaryngology unit in children up to 18 years old.

Material and methods. The study group consisted of 16 218 students (6 618 girls and 9 601 boys). Retrospective analysis of medical documentation was conducted.

Results. Since 2002 the number of planned admissions of patients scheduled for surgical removal of overgrown tonsils has increased. The average duration of hospitalization has decreased from 3.5 days (in 2002) to 1.5 day (in the last 4 years).

Conclusions. The most common causes of hospitalization were scheduled admissions connected with a surgical removal of overgrown palatine tonsils coexisting with adenoid hypertrophy.

Key words: respiratory tract infection, overgrown tonsils, children.

Wstęp

Nawracające infekcje górnych dróg oddechowych (ostre zapalenia uszu, gardła i krtani) należą do najczęstszych chorób u dzieci, szczególnie w okresie wczesnowiosennym i jesienno-zimowym. Jedną z najczęstszych chorób wieku dziecięcego wymagającą hospitalizacji jest przerost migdałków podniebiennych i/lub migdałka gardłowego. Wycięcie migdałka gardłowego (adenoidektomia) to jeden z najczęściej wykonywanych zabiegów operacyjnych u dzieci. Wskazaniem do wykonania tego zabiegu jest przerost migdałka gardłowego niepoddający się leczeniu zachowawczemu, często powikłany wysiękowym zapaleniem ucha środkowego z niedosłuchem. Częściowe wycięcie migdałków podniebiennych (tonsillotomia) wykonywana jest w celu zmniejszenia znacznie przerośniętych migdałków podniebiennych powodujących obturacyjne bezdechy podczas snu lub nasilone chrapanie. Przy przewlekłym stanie zapalnym migdałków podniebiennych, nawracających anginach czy ropniach okołomigdałkowych wykonuje się całkowite wycięcie migdałków podniebiennych (tonsillektomię).

Cel pracy

Celem pracy była analiza przyczyn hospitalizacji w Oddziale Otolaryngologicznym w latach 2002–2011 u dzieci do 18. roku życia.

Materiał i metody

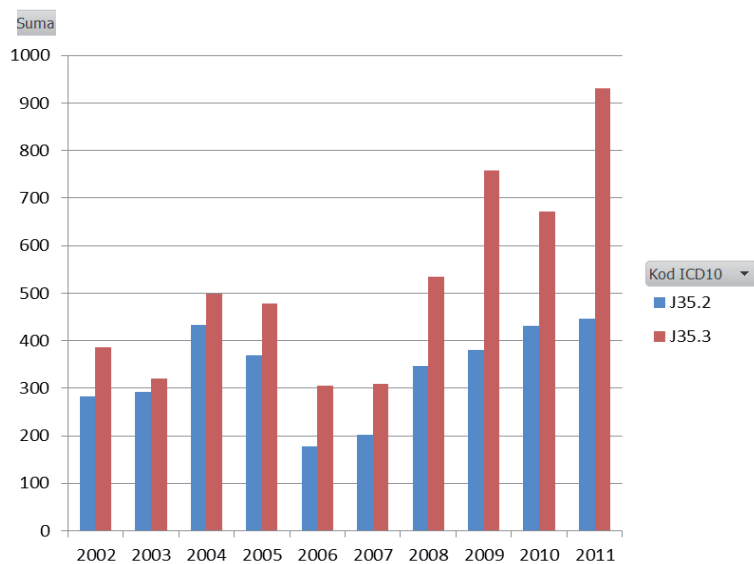
Badaniem objęto 16 218 dzieci, w tym 6617 (41%) dziewcząt i 9601 (59%) chłopców w wieku do 18 lat. Dokonano analizy dokumentacji medycznej w szpitalu zgromadzonej w księgach głównych oddziału, historiach chorób oraz danych izby przyjęć (tryb planowy) i SOR (tryb nagły).

Wyniki

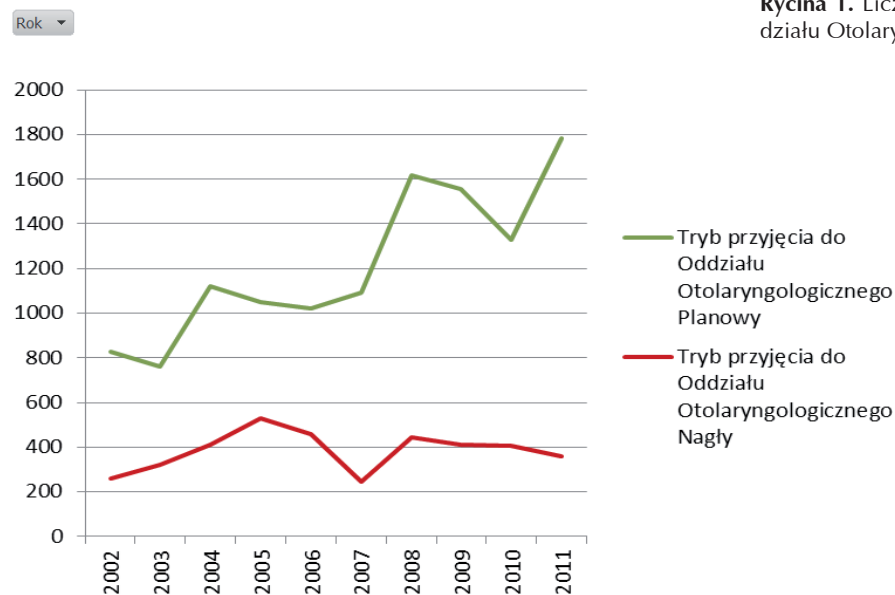
Największą grupę stanowiły dzieci w przedziale wiekowym 2–5 i 6–12 lat. W każdej grupie wiekowej przeważali chłopcy (tab. 1).

Tabela 1. Liczba pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Otolaryngologicznym z podziałem na płeć i wiek

Płeć	Przedział wiekowy	Rok										Suma końcowa
		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
M	0–1	27	64	58	118	79	43	101	93	97	68	748
	2–5	216	239	348	384	330	262	509	595	525	640	4048
	6–12	342	271	421	382	381	363	523	392	436	416	3927
	13–18	63	75	86	63	81	89	102	95	121	103	878
Suma		648	649	913	947	871	757	1235	1175	1179	1227	9601
K	0–1	17	28	29	53	52	28	57	63	61	55	443
	2–5	145	141	224	233	217	170	305	377	381	448	2641
	6–12	230	222	295	296	272	292	357	279	291	342	2876
	13–18	46	40	73	46	71	86	76	72	72	75	657
Suma		438	431	621	628	612	576	795	791	805	920	6617
Suma końcowa		1086	1080	1534	1575	1483	1333	2030	1966	1984	2147	16 218



Rycina 1. Liczba pacjentów i tryb przyjęcia do Oddziału Otolaryngologicznego w latach 2002–2011

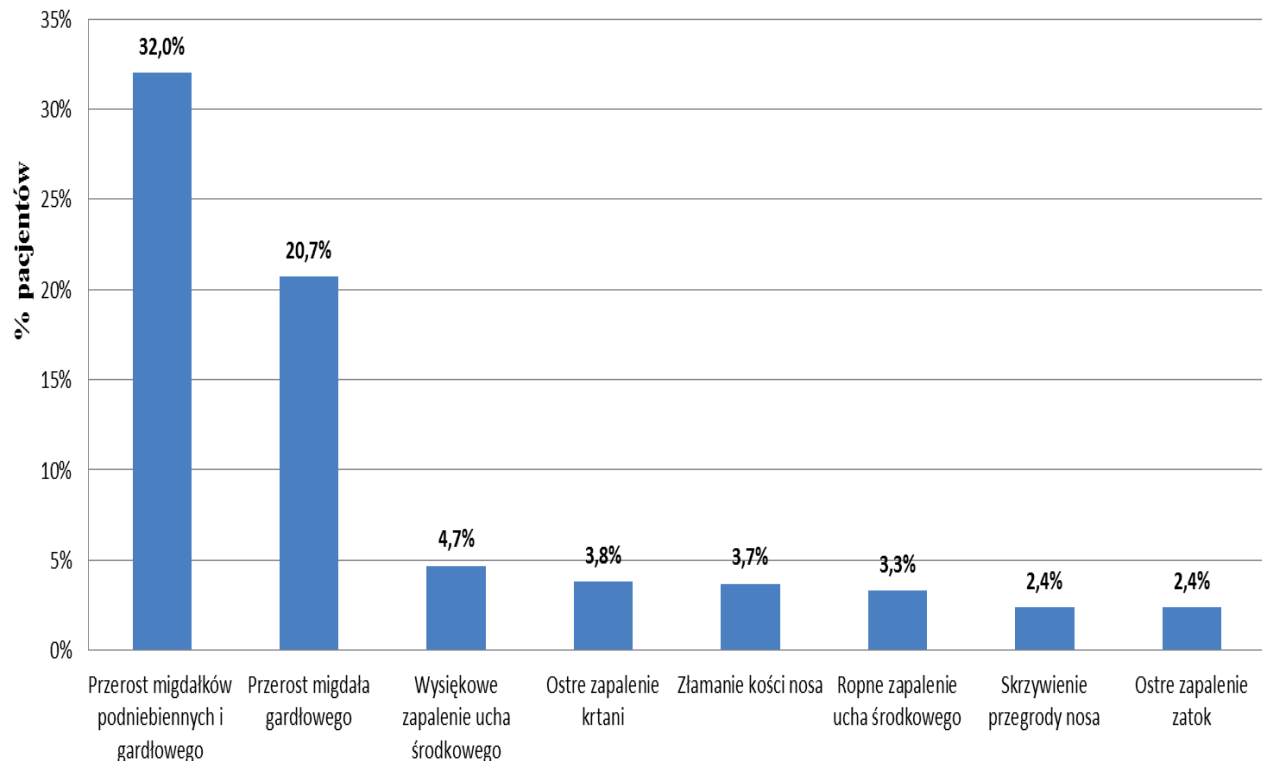


Rycina 2. Liczba pacjentów najczęściej hospitalizowanych z powodu przerostu migdałka gardłowego (J 35.2) lub przerostu migdałków podniebiennych i migdałka gardłowego (J 35.3)

W badanym okresie zaobserwowano wzrost liczby pacjentów i przewagę przyjęć planowych związanych szczególnie z zabiegami operacyjnymi usunięcia przerośniętego migdałka gardłowego często ze współistniejącym przerostem migdałków podniebiennych (2002 r. – 826 dzieci, 2011 r. – 1781 dzieci) (ryc. 1, 2).

Najczęstszą przyczyną hospitalizacji były zabiegi operacyjne usunięcia przerośniętego migdałka gardłowego (20,7%) często ze współistniejącym przerostem migdałków podniebiennych (32%).

Do rzadszych przyczyn hospitalizacji należały: wysiękowe zapalenia ucha środkowego (4,7%), ostre zapalenia



Rycina 3. Przyczyny hospitalizacji w Oddziale Otolaryngologicznym w latach 2002–2011

krtani (3,8%), złamanie kości nosa (3,7%), ropne zapalenia ucha środkowego (3,3%), skrzywienie przegrody nosa lub ostre zapalenia zatok (2,4%) (ryc. 3).

Na podstawie przeprowadzonego badania zauważono również stopniowe skrócenie średniego czasu hospitalizacji z 3,5 dnia (w 2002 r.) do 1,5 dnia (w ciągu ostatnich 4 lat).

Wyniki

Na podstawie danych z piśmiennictwa obserwuje się sezonowość hospitalizacji, szczególnie w okresie wczesnowiosennym i jesienno-zimowym. Jest to związane z częstszym występowaniem w tym czasie infekcji górnych dróg oddechowych, co znalazło potwierdzenie również w tym badaniu [1, 2]. Częste infekcje górnych dróg oddechowych u dzieci prowadzą do przerostu migdałka gardłowego i migdałków podniebiennych, często powikłane występowaniem wysiękowego zapalenia ucha środkowego czy bezdechem [3, 4]. Migdałek gardłowy i migdałki podniebienne osiągną największe rozmiary między 3. a 7 rokiem życia i jest to zjawisko fizjologiczne. Kontakt z rówieśnikami sprzyja kolonizacji błon śluzowych górnych dróg oddechowych przez bakterie, co prowadzić może do nawracających infekcji. Patologiczny przerost migdałków jest uwarunkowany wieloczynnikowo. Mają tu wpływ głównie predyspozycje genetyczne oraz nawracające infekcje dróg oddechowych. Przewlekły stan zapalny migdałka gardłowego często współistnieje z przewlekłym zapaleniem zatok przynosowych, a także objawami zapalnymi ze strony ucha środkowego

(nawracające ostre zapalenie ucha środkowego, przewlekłe wysiękowe zapalenie ucha środkowego) [3]. Stany te mogą predysponować do występowania niedosłuchu przewodzeniowego, zaburzeń mowy, a także niebezpiecznych bezdechów podczas snu i są wskazaniem do wykonania adenoidektomii często połączonej z tonsillectomią lub tonsillectomią [4, 5]. Zarówno w grupie dzieci z przewlekłym zapaleniem zatok przynosowych, jak i u dzieci z wysiękowym zapaleniem ucha środkowego badania potwierdziły obecność biofilmu bakteryjnego na powierzchni migdałka gardłowego. Uważa się, że biofilm bakteryjny może być czynnikiem bezskutecznie stymulującym odpowiedź immunologiczną dziecka, doprowadzając do przerostu pierścienia Waldeyera. Mechaniczne usunięcie migdałka pokrytego biofilmem może więc stanowić wyjaśnienie klinicznej poprawy stanu zdrowia pacjenta. U dzieci w wieku 2–8 lat z wysiękowym zapaleniem ucha środkowego, u których wysięk utrzymuje się dłużej niż 3 miesiące, jest obustronny i powoduje niedosłuch większy niż 30 dB. Standardem postępowania jest nacięcie błony bębenkowej i założenie drenów wentylacyjnych z jednoczesną adenoidektomią [6].

Wnioski

Najczęstszą przyczyną hospitalizacji były przyjęcia planowe związane z zabiegiem operacyjnym usunięcia migdałka gardłowego lub przerośniętych migdałków podniebiennych ze współistniejącym przerostem migdałka gardłowego. Zaobserwowano znaczące skrócenie średniego czasu hospitalizacji dzieci z 3,5 do 1,5 dnia.

Piśmiennictwo

1. Chmielik M, red. *Otolaryngologia dziecięca*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2007.
2. Gayle E. *Choroby uszu, nosa i gardła w podstawowej opiece zdrowotnej*. Gdańsk: Via Medica; 2002.
3. Gryczyńska D, Krawczyński M. *Rozrost i zapalenie migdałka gardłowego*. W: Gryczyńska D, red. *Otolaryngologia dziecięca*. Bielsko-Biała: α-medica press; 2007: 333–336.
4. Topczewska-Cabaneł A, Nitsch-Osuch A, Dębska E, i wsp. Epidemiologia zaburzeń mowy u dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat hospitalizowanych w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii i Rehabilitacji dla Dzieci i Młodzieży w Garwolinie. *Fam Med Prim Care Rev* 2012; 14(2): 222–224.
5. Janczewski G. *Otolaryngologia praktyczna*. Gdańsk: Via Medica; 2007.

6. Gryczyńska D, Łapienis M. *Obturacyjne zaburzenia oddychania podczas snu u dzieci*. W: . Gryczyńska D, red. *Otolaryngologia dziecięca*. Bielsko-Biała: α-medica press; 2007: 341–351.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Agnieszka Topczewska-Cabaneł
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
z Oddziałem Klinicznym Chorób Wewnętrznych
i Metabolicznych WUM
ul. Banacha 1a, blok F
02-097 Warszawa
Tel.: 22 599-21-90
E-mail: atc2001@wp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.02.2013 r.

Po recenzji: 10.03.2013 r.

Zaakceptowano do druku: 25.03.2013 r.