

УДК 616.3-053.2 571.55

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Щербак В.А.

*ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия», Чита,
e-mail: shcherbak2001@mail.ru*

Изучена заболеваемость по обращаемости детей и подростков на основании статистических материалов ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» Забайкальского края. Показатели рассчитывались на 1000 детского населения за период 2006–2013 годов. Установлено, что у детей болезни органов пищеварительного тракта занимают второе место, составляя 7,2% всей патологии. Материальная база и кадровый потенциал вполне достаточны для оказания помощи детям. К 2013 году по сравнению с 2006 численность населения в возрасте 0–17 лет снизилась более чем на 18 тысяч. При этом уменьшение происходит, в основном, за счет подростков, число которых снизилось на 20115. Зарегистрирована тенденция к уменьшению числа заболеваний желудочно-кишечного тракта. Однако в Забайкальском крае все годы они продолжают оставаться выше, чем в целом по стране. В структуре на первом месте все годы находятся болезни желчного пузыря.

Ключевые слова: заболеваемость, органы пищеварения, дети, детская гастроэнтерология, болезни желчного пузыря, гастродуоденит, дефицит селена

THE MEDICAL CARE FOR CHILDREN WITH DIGESTIVE DISEASES IN TRANSBAIKAL REGION

Scherbak V.A.

*Chita State Medical Academy of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Chita,
e-mail: shcherbak2001@mail.ru*

Morbidity of children and adolescents was studied on the base of statistical data of Medical Analytic Centre of Transbaikal Region. Factors were calculated on 1000 of children population in 2006–2013. It was found that diseases of the digestive tract in children took the second place, accounting for 7,2% of all diseases. By the year 2013 compared to 2006, the population aged 0–17 years decreased by more than 18,000. This decrease occurs mainly due to teenagers, whose numbers fell by 20,115. It was registered a tendency to reduce the number of diseases of the gastrointestinal tract. However, in the Trans-Baikal Territory all the years they remain higher than in the whole country. In the structure in the first place all those years are gallbladder disease.

Keywords: morbidity, digestive organs, children, pediatric gastroenterology, gallbladder diseases, gastroduodenitis, selenium deficiency

В структуре заболеваний детского возраста патология органов пищеварения занимает существенное место, как по распространенности, так и по тяжести клинических проявлений [1, 8, 11]. В настоящее время наблюдается отчетливая тенденция к нарастанию частоты гастроэнтерологической патологии и значительному «омоложению» заболеваний.

Цель работы – проанализировать работу по оказанию лечебно-профилактической помощи детям с гастроэнтерологическими заболеваниями в Забайкальском крае.

Материалы и методы исследования

Изучена заболеваемость по обращаемости детей (от 0 до 14 лет включительно) и подростков (от 15 до 17 лет включительно) по форме 12 Росстата (приказ № 483 от 31.12.2010 года). Показатели рассчитывались на 1000 детского населения за период 2006–2012 годов. Сравнение проведено с данными Российской Федерации и Сибирского федерального округа (СФО). Для сравнения с базовым (2006) годом рассчитывался показатель наглядности, с предыдущим годом – прирост (снижение) в процентах. Выравнивание динамических рядов проводилось

с помощью скользящей средней [9]. Для выявления тенденции проводилась линия тренда, и рассчитывался коэффициент аппроксимации (приближения).

Результаты исследования и их обсуждение

Установлено, что за анализируемый период максимальное количество детского населения Забайкальского края зарегистрировано в 2006 году, затем наблюдается снижение его численности. К 2013 году по сравнению с базовым численность населения в возрасте 0–17 лет упала более чем на 18 тысяч. При этом уменьшение происходит за счет подростков, доля которых в 2006 году была 21,0%, а в 2013 – только 14,7%. Восстановление населения происходит за счет возрастания рождаемости и, соответственно, количества детей раннего и дошкольного возраста. За 7 лет произошло уменьшение числа подростков на 20115 человек.

У детей Забайкальского края болезни органов пищеварительного тракта занимают второе место в общей структуре, составляя

7,2% от всех болезней (в РФ – 6,1%, СФО – 6,5%), уступая только патологии органов дыхания, что совпадает с российскими данными. Заболеваемость детей (табл. 1) за отчетный период колеблется, оставаясь все годы выше показателя РФ (143,8) и СФО (142,2).

Отсутствие четкой тенденции явилось предпосылкой для выравнивания динамического ряда с помощью расчета скользящей

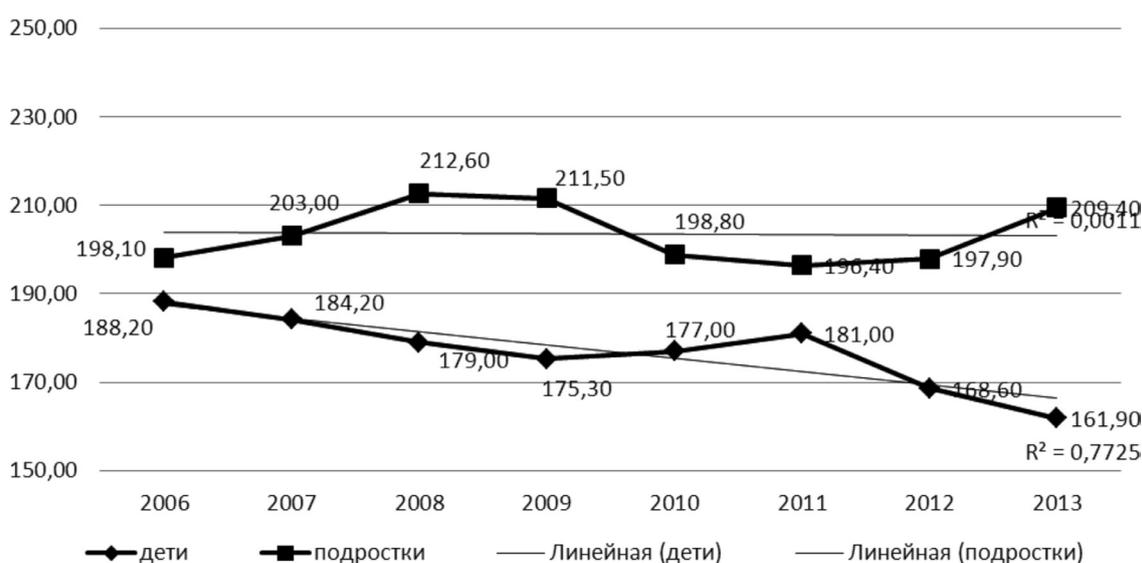
средней (рисунок). Выявлена незначительная тенденция уменьшения заболеваемости подростков, линия тренда у детей имеет ясно выраженную направленность вниз. При этом у детей линия тренда оказалась более прямой, что показывает коэффициент аппроксимации (приближения) $R^2 = 0,7725$, а у подростков значительно отклоняется ($R^2 = 0,0011$).

Таблица 1

Заболеваемость по нозологическим формам детей (на 1000 детского населения)

Показатель	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	РФ	СФО
Гастрит и дуоденит	27,0	24,5 90,7 -9,3	23,1 85,4 -5,8	22,4 82,9 -2,9	22,3 82,4 -0,6	25,6 96,6 +14,8	20,5 75,9 -19,9	19,2 71,1 -6,4	22,3	18,9
Язвенная болезнь	0,76	0,61 80,3 -19,7	0,66 86,8 +8,2	0,58 76,3 -12,1	0,56 73,7 -3,5	0,57 75,0 +1,8	0,64 84,2 +12,3	0,64 84,2 0,0	0,51	0,39
Болезни желчного пузыря	39,5	40,0 101,3 +1,3	39,0 98,7 -2,5	38,6 97,8 -0,9	41,2 104,3 +6,6	44,4 112,3 +7,6	34,6 87,6 -22,0	39,2 99,2 +13,3	3,8	3,4
Болезни поджелудочной железы	1,25	0,65 52,0 -48,0	0,80 64,0 +23,1	1,73 138,4 +116,2	1,02 81,6 -41,0	0,79 63,2 -22,5	0,77 61,4 -2,6	0,69 55,2 -10,4	18,3	12,9
Энтероколит неинфекционный	3,53	3,70 104,8 +4,8	3,85 109,1 +4,1	3,01 85,3 -21,8	3,06 86,7 +1,7	3,19 90,4 +4,2	4,40 124,6 +37,9	4,02 113,9 -8,4	1,6	0,65
Всего	184,9	191,5 103,6 +3,6	176,5 96,4 -8,1	168,9 91,3 -3,8	180,5 97,6 +6,9	181,5 98,2 +0,5	169,5 91,7 -6,7	154,9 83,8 -8,6	143,9	142,2

Примечание. Первая строка – показатель заболеваемости; вторая строка – показатель наглядности по сравнению с базовым (2006) годом в процентах; третья строка – прирост (уменьшение) по сравнению с предыдущим годом в процентах.



Заболеваемость детей и подростков (скользящая средняя выделена жирным и линия тренда)

Таблица 2

Заболееваемость по нозологическим формам подростков (на 1000 подростков)

Показатель	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	РФ	СФО
Гастрит и дуоденит	56,1	62,3 111,1 + 11,1	51,5 91,8 - 17,4	65,8 117,3 + 27,8	69,3 123,5 + 5,3	71,8 128,0 + 3,6	69,4 123,7 - 3,3	66,2 118,0 - 4,4	68,84	59,01
Язвенная болезнь	6,50	3,70 56,9 - 43,1	3,81 58,6 + 2,9	4,40 67,7 + 15,5	4,30 66,2 - 2,3	4,59 70,6 + 6,7	4,70 82,3 + 2,4	3,89 59,8 - 17,2	31,24	23,2
Болезни желчного пузыря	41,7	51,5 123,0 + 23,0	59,8 142,9 + 16,1	58,9 140,7 - 1,5	63,7 152,2 + 8,2	61,3 146,5 - 3,7	53,6 128,5 - 12,6	52,9 126,9 - 1,1	4,17	4,16
Болезни поджелудочной железы	2,01	1,30 64,7 - 35,3	1,52 75,6 + 16,9	1,58 78,4 + 3,9	0,63 31,4 - 60,1	2,68 133,3 + 325,4	1,94 96,5 - 28,4	1,72 85,6 - 11,3	3,22	2,41
Энтероколит неинфекционный	0,80	1,01 126,3 + 26,3	0,81 101,2 - 19,9	1,19 148,8 + 46,9	2,14 267,5 + 79,8	3,28 410,0 + 53,3	2,90 362,5 - 11,6	2,53 316,3 - 12,7	2,89	1,15
Всего	175,0	221,1 126,3 + 26,3	212,9 121,7 - 3,7	203,6 116,3 - 4,4	217,9 124,5 + 7,0	174,9 99,9 - 19,7	209,9 119,9 + 20,0	208,9 119,4 - 0,5	195,9	193,0

Примечание. Первая строка – показатель заболеваемости; вторая строка – показатель наглядности по сравнению с базовым (2006) годом в процентах; третья строка – прирост (уменьшение) по сравнению с предыдущим годом в процентах.

В структуре на первом месте все годы находятся болезни желчного пузыря, на втором – гастриты и дуодениты, на третьем – энтероколиты неинфекционные. В Российской Федерации на первом месте находятся гастриты и дуодениты, а болезни желчного пузыря занимают второе и составляют 18,3 на 1000, а в СФО – 12,9. Заболевания желчного пузыря в Забайкальском крае превышают в 2,1 раза федеральный показатель и в 3,0 раза – окружной.

У подростков с 2006 по 2013 годы отмечается колебание показателя заболеваемости системы органов пищеварения (табл. 2). Они также занимают второе место, уступая болезням органов дыхания, однако их доля даже выше, чем у детей и составляет 9,6% всей патологии в крае (в РФ – 8,8%, СФО – 9,1%). В структуре болезней желудочно-кишечного тракта на первом месте стоят гастриты и дуодениты, на втором – заболевания желчного пузыря. На третьем месте находится язвенная болезнь. Таким образом, структура заболеваемости подростков отличается от детей. В данной возрастной группе в 3,6 раза выше распространённость воспалительных заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки по сравнению с детьми 0–14 лет. По-видимому, это связано с распространением инфекции *H. pylori*, а также курением, употреблением алкогольных

напитков, более частыми погрешностями в питании, компьютерными играми и другими факторами нездорового образа жизни. К сожалению, эпидемиологические исследования данных факторов риска в крае не проводились. Еще выше (в 8,2 раза) частота язвенной болезни. Заболеваемость подростков во все годы была выше детей, что наглядно показано на рисунке.

Большое распространение болезней желчевыводящих путей в Забайкальском крае объясняется различной трактовкой результатов УЗИ. Применение ультразвуковой диагностики позволяет определить форму, положение, функцию желчного пузыря и протоков. Однако нередко даже современная техника не позволяет качественно диагностировать эту патологию. Проблема состоит в выборе пробного завтрака и трактовке результатов исследования. Ранее стандартный желчегонный завтрак состоял из двух сырых желтков. Затем в связи с угрозой распространения сальмонеллеза эта методика была запрещена. Различные учреждения стали применять свои виды завтрака: растительное масло, йогурт, сметану, шоколад и т.д. Однако эти продукты содержат разное количество и разные виды (растительный, животный) жира, что приводит к неодинаковому сокращению желчного пузыря при разных видах завтрака у одного и того

же больного. В результате один врач ставит ребенку дискинезию желчевыводящих путей, а другой её снимает.

Мы внедрили унифицированную систему трактовки результатов УЗИ по методике М.И. Пыкова и соавт. [5]. Сравнение результатов показало, что при приеме хофитола и сырых желтков показатели сокращения желчного пузыря были полностью идентичны и сопоставимы. На циклах усовершенствования врачей по педиатрии мы также уделяем большое внимание этому вопросу и настраиваем врачей-педиатров на установление клинико-инструментального диагноза, а не только по результатам УЗИ.

Из заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки наибольшее распространение имеют гастродуодениты и язвенная болезнь. В этиологии этих болезней главную роль играет *H. pylori* [2, 4, 13]. Обследование на *H. pylori* проводится в краевых учреждениях здравоохранения, к сожалению, в городских поликлиниках и центральных районных больницах – нет. Выявление других причин практически не проводится. Между тем иммунные нарушения нередки у данной группы пациентов [14], а применение иммуномодуляторов является перспективным направлением [6, 10].

Для Забайкалья характерна краевая патология. Наш регион является селенодефицитной территорией. Ранее мы выявили снижение селена и глутатиона в сыворотке крови у детей с хроническим гастродуоденитом [12]. Применение селенита натрия показало свою высокую эффективность в лечении данной группы больных. На наш взгляд, дефицит селена у детей с хроническим гастродуоденитом связан не только с проживанием в биогеохимической провинции Восточного Забайкалья, бедной этим элементом. Значительным отягчающим фактором, усугубляющим селенодефицитное состояние больных, является нарушение всасывания в двенадцатиперстной кишке, поэтому у больных хроническим гастродуоденитом поступление микроэлемента в кровь еще больше снижается. Это может быть одной из причин более высокой гастроэнтерологической заболеваемости среди детей Забайкальского края. Другие заболевания органов пищеварения, вероятно, также имеют краевые особенности, однако эти аспекты детально не изучались и могут быть темой дальнейших научных исследований.

На третьем месте стоит неинфекционный энтероколит. Думаю, что здесь также имеется проблема гипердиагностики одних и недостаточное выявление других заболеваний. Проблема заключается в сложности выявления заболеваний кишечника, особенно в районах края. Поэтому практически любая диарея трактуется как неинфекционный энтероколит, тогда как наиболее частой причиной этого состояния является не воспалительное заболевание, а мальабсорбция либо синдром раздраженного кишечника [3, 7]. Но для их диагностики необходимо проведение сложных дополнительных методов исследования. Вот почему участковому врачу проще поставить энтероколит неинфекционный, чем энзимопатию.

Следует проводить раннее начало профилактики на этапе формирования факторов риска, когда они имеют нестойкий характер и еще возможно изменение образа жизни. Повышенное внимание к гастроэнтерологической патологии в детском возрасте послужит одним из факторов снижения заболеваемости во взрослой популяции.

Выводы

1. Болезни органов пищеварительного тракта занимают второе место, составляя 7,2% всей патологии. Зарегистрирована тенденция к уменьшению числа заболеваний желудочно-кишечного тракта. Однако в Забайкальском крае все годы они продолжают оставаться выше, чем в целом по стране. В структуре на первом месте все годы находятся болезни желчного пузыря.

2. Необходима правильная трактовка результатов дополнительных методов исследования для исключения гипердиагностики одних и недостаточного выявления других заболеваний, повышенное внимание к краевой патологии.

Список литературы

1. Бельмер С.В. Гастроэнтерология детская и взрослая: точка зрения педиатра // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2011. – Т. 56, № 4. – С. 6–9.
2. Корниенко Е.А., Паролова Н.Н. Проблема диагностики и лечения инфекции *Helicobacter pylori* у детей в свете рекомендаций международного консенсуса Маастрихт IV. // Вестник практического врача. – 2012. – № 1. – С. 38–43.
3. Латышев Д.Ю., Лобанов Ю.Ф., Елизарьева Л.А. и др. Исследование уровня иммуноглобулина А у детей с положительными серологическими маркерами целиакии. // Забайкальский медицинский вестник. – 2015. – № 2. – С. 51–53.
4. Поливанова Т.В., Вшивков В.А., Фурцев В.И., Гончарова М.В. Региональные особенности течения инфек-

ции *Helicobacter pylori* у детей европеоидного населения Сибири. // Вопросы детской диетологии. – 2012. – № 4. – С. 9–13.

5. Пыков М.И., Издатдуст Ф.Н., Коровина Н.А. Практическое значение динамического исследования моторной функции желчного пузыря у детей. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2006. – № 6. – С. 88–91.

6. Степанов А.В., Цепелев В.Л., Цепелев С.Л. и др. Результаты исследования эффективности синтетического иммуностимулятора нового поколения. // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 12–1. – С. 142–145.

7. Степанов О.Г., Жаков Я.И. Дисбаланс химических элементов и его коррекция у детей с синдромом раздраженного кишечника. // Казанский медицинский журнал. – 2008. – Т. 89, № 6. – С. 788–789.

8. Цветкова Л.Н., Филлин В.А., Нечаева Л.В., Гурев А.Н. Достижения и перспективы развития детской гастроэнтерологии // Вопросы детской диетологии. – 2009. – Т. 7, № 2. – С. 10–14.

9. Шильникова Н.Ф., Сенижук А.И., Ходакова О.В. Основы санитарной статистики. – Чита: ГОУ ВПО ЧГМА, 2008.

10. Щербак В.А. Роль иммуномодуляторов в комплексной терапии детей с хроническим гастродуоденитом, ассоциированным с *Helicobacter pylori* // Вопросы практической педиатрии. – 2008. – Т. 3, № 1. – С. 30–35.

11. Щербак В.А. Современные проблемы детской гастроэнтерологии // Забайкальский медицинский вестник. – 2012. – № 2. – С. 128–137.

12. Щербак В.А., Щербак Н.М., Дремина Г.А. Роль селена в патогенезе и лечении хронического гастродуоденита у детей, проживающих в Читинской области // Педиатрия. Журн. имени Г.Н. Сперанского. – 2004. – № 6. – С. 103–104.

13. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A., Atherton J., Axon A.T., Bazzoli F. [et al.] Management of *Helicobacter pylori* infection – the Maastricht IV/Florence Consensus Report. // Gut. – 2012. – Vol. 61, № 5. – P. 646–664.

14. Shcherbak V.A. Lymphocyte-thrombocyte rosette adhesion in children with chronic gastritis // Journal of Thrombosis and Haemostasis. – 2005. – Vol. 3, Suppl. 1. – P. 1559.