

Организация лечебно-профилактической помощи детям с болезнями органов пищеварения в Забайкальском крае

В.А. Щербак

Читинская государственная медицинская академия

Organization of therapeutic-and-prophylactic care for children with digestive diseases in the Transbaikal Region

V.A. Shcherbak

Chita State Medical Academy

С целью анализа работы по оказанию помощи детям с гастроэнтерологической патологией в Забайкальском крае изучена заболеваемость по обращаемости детей и подростков на основании статистических материалов Медицинского информационно-аналитического центра Забайкальского края. Показатели рассчитывались на 1000 детского населения за период 2006—2012 гг. Установлено, что у детей болезни органов пищеварительного тракта занимают второе место, составляя 8,5% всей патологии. Зарегистрирована тенденция к уменьшению числа заболеваний желудочно-кишечного тракта. Однако в Забайкальском крае их показатели продолжают оставаться выше, чем в целом по стране. В структуре указанных заболеваний на первом месте все годы находились болезни желчного пузыря, на втором — гастриты и дуодениты, на третьем — энтероколиты неинфекционные. Обсуждается трактовка результатов дополнительных методов исследования, вопросы лечения и профилактики. Сделан вывод о необходимости проведения ранней профилактики на этапе формирования факторов риска. Повышенное внимание к гастроэнтерологической патологии в детском возрасте является предпосылкой для снижения заболеваемости во взрослой популяции.

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

To analyze medical care for children with gastroenterological diseases in the Transbaikal Territory, the author studied their incidence from the referral rates of children and adolescents, by examining the statistical materials of the Medical Information and Analytical Center of the Transbaikal Territory. The 2006—2012 morbidity rates per 1000 children were calculated. In the children, digestive diseases were found to rank second, amounting to 8,5% of all pathology cases. There was a tendency for the incidence of gastrointestinal diseases to decrease. However, it continues to remain higher in the Transbaikal Territory than in the entire country. For all the years, gallbladder diseases headed the list of the above diseases, gastritis and duodenitis ranked next, non-infectious enterocolitis occupied the third place. The interpretation of the results of additional studies and the issues of treatment and prevention are discussed. It is concluded that there is a need for the early prevention of gastroenterological diseases when their risk factors form. Increased attention to gastroenterological diseases in children will be a prerequisite for reducing their incidence in an adult population.

Key words: children, morbidity, digestive organs, gallbladder diseases, gastroduodenitis, selenium deficiency.

В структуре заболеваний детского возраста болезни органов пищеварения занимают существенное место как по распространенности, так и по тяжести клинических проявлений [1—3]. В настоящее время наблюдается отчетливая тенденция к нарастанию частоты гастроэнтерологической патологии и значительному «омоложению» заболеваний. Многие болезни взрослых начинаются в детском возрасте. Вот почему чрезвычайно важной является преемственность работы между педиатрами и врачами взрослой сети [4].

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

© В.А. Щербак, 2014

Ros Vestn Perinatol Pediat 2014; 3:99–103

Адрес для корреспонденции: Щербак Владимир Александрович — д.м.н., зав. каф. педиатрии Читинской государственной медицинской академии 672090 Чита, ул. Горького, д. 39а

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

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 г.). Показатели рассчитывались на 1000 детского населения за период 2006—2012 гг. 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 осуществлялось с помощью скользящей средней. Для выявления тенденции проводилась линия тренда и рассчитывался коэффициент аппроксимации (приближения).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Установлено, что за анализируемый период максимальное количество детского населения Забайкальского

края (табл. 1) было зарегистрировано в 2006 г., затем наблюдалось снижение его численности. К 2012 г. по сравнению с базовым численность населения в возрасте 0—17 лет снизилась более чем на 20 тыс. При этом уменьшение происходило за счет подростков, доля которых в 2006 г. была 21,0%, а в 2012 г. — только 15,7%. За 7 лет произошло уменьшение числа подростков на 17 744. Восстановление населения происходило за счет возрастания рождаемости и соответственно количества детей раннего и дошкольного возраста (см. табл. 1).

Амбулаторно-поликлиническая служба представлена кабинетом гастроэнтеролога в Краевом детском диагностическом центре, где в штате 2 врача 1-й категории. В двух городских детских поликлиниках ведут прием врачи по совместительству. Консультативная помощь оказывается в диагностической поликлинике Читинской государственной медицинской академии (ЧГМА). Проводятся систематические консультации, даются рекомендации по обследованию и лечению детей с заболеваниями органов пищеварения, выполняются обследования по направлению медицинского отдела медико-социальной экспертизы для установления инвалидности.

Стационарная помощь детскому населению оказывается в Краевой детской клинической больнице №2, где развернуто 60 гастроэнтерологических коек: из них 45 круглосуточного пребывания и 15 дневного стационара. В отделении работают 3 врача высшей категории и сотрудники кафедр педиатрии ЧГМА.

Нуждающиеся дети с наиболее редкой и тяжелой патологией органов пищеварения направляются на обследование и лечение за пределы края. В 2012 г. высокотехнологическая и специализированная медицинская помощь была оказана 8 детям (в Российской детской клинической больнице в Москве и в Нижегородском НИИ детской гастроэнтерологии).

Реабилитация детей с хроническими заболеваниями органов пищеварения осуществляется в Краевых больницах восстановительного лечения №2 и №5 и в Центре восстановительного лечения «Феникс».

Таблица 1. Детское население Забайкальского края

Возраст	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Всего: 0—17 лет	278 491	271 348	265 697	273 856	261 621	267 952	258 301
	100	97,4	95,4	98,3	93,9	96,2	92,7
		-2,6	-2,1	+3,1	-4,4	+2,4	-3,6
В том числе:							
0—14 лет	220 098	211 931	211 646	226 832	217 625	226 131	217 652
	100	96,2	96,1	103,1	98,9	102,7	102,3
		-3,8	-0,1	+7,1	-4,1	+3,9	-3,7
15—17 лет	58 393	59 417	54 051	47 024	43 996	41 821	40 649
	100	101,8	93,4	80,5	75,3	72,6	69,6
		+1,8	-9,1	-13,0	-6,4	-4,9	-2,8

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

Также широко используются местные бальнеологические курорты Кука и Дарасун.

У детей Забайкальского края болезни органов пищеварительного тракта занимают второе место в общей структуре, составляя 8,5% всех болезней, уступая только патологии органов дыхания, что совпадает с общероссийскими данными. Заболеваемость детей (табл. 2) за отчетный период колебалась от 168,9 (2009 г.) до 191,5 (2007 г.), оставаясь все годы выше показателя Российской Федерации (2011 г. — 148,8) и СФО (2011 г. — 133,1).

Отсутствие четкой тенденции явилось предпосылкой для выравнивания динамического ряда с помощью расчета скользящей средней (см. рисунок). Результаты выявили незначительную тенденцию уменьшения заболеваемости как детей, так и подростков. При этом у детей линия тренда была более прямой, что показывает коэффициент аппроксимации (приближения) $R^2=0,4697$, а у подростков линия тренда значительно отклоняется ($R^2=0,0283$).

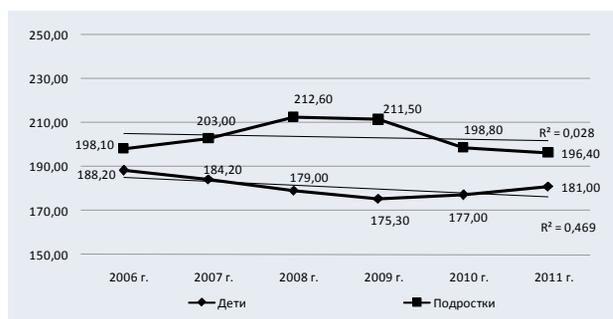


Рисунок. Заболеваемость детей и подростков (скользящая средняя и линия тренда).

В структуре на первом месте все годы находились 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 место и составляют 19,5 на 1000 детского населения, а в СФО — 14,9 на 1000 детского

Таблица 2. Заболеваемость по нозологическим формам у детей (на 1000 детского населения)

Показатель	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Все болезни органов пищеварения	184,9 100	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
Гастрит и дуоденит	27,0 100	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
Язвенная болезнь	0,76 100	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
Болезни желчного пузыря	39,5 100	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
Болезни поджелудочной железы	1,25 100	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
Энтероколит неинфекционный	3,53 100	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

Примечание. Здесь и в табл. 3: 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.

населения. Заболевания желчного пузыря в Забайкальском крае превышают в 1,7 раза федеральный показатель и в 2,3 раза — окружной.

У подростков за период 2006—2012 г. отмечалось колебание показателя заболеваемости системы органов пищеварения (табл. 3). Заболевания органов пищеварения также занимают второе место, уступая болезням органов дыхания, однако их доля даже выше, чем у детей, и составляет 10,2% всей патологии в крае. В структуре болезней желудочно-кишечного тракта на первом месте стоят гастриты и дуодениты, на втором — заболевания желчного пузыря, на третьем — язвенная болезнь. Таким образом, структура заболеваемости подростков отличается от структуры заболеваемости детей. В данной возрастной группе в 3,4 раза выше распространённость воспалительных заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. По-видимому, это связано с распространением инфекции *H.pylori*, а также курением, употреблением алкогольных напитков, более частыми погрешностями в питании, чрезмерным увлечением компьютерными играми и другими факторами нездорового образа жизни. К сожалению, эпидемиологические исследования данных факторов риска в крае не проводились. Еще выше (в 7,5 раза) распространённость язвенной болезни.

ОБСУЖДЕНИЕ

Большое распространение болезней желчевыводящих путей в Забайкальском крае объясняется различной трактовкой результатов ультразвукового исследова-

ния. Применение ультразвуковой диагностики позволяет определить форму, положение, функцию желчного пузыря и протоков. Однако проблема состоит в выборе пробного завтрака и трактовке результатов исследования. В итоге один врач ставит ребенку диагноз дискинезии желчевыводящих путей, а другой его снимает. Применение унифицированной трактовки результатов позволяет избежать гипердиагностики [5].

Из заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки наибольшее распространение имеют гастродуодениты и язвенная болезнь. В их этиологии главную роль играет *H.pylori* [6, 7], однако в последние годы выявлены и другие причинные факторы, в частности вирус Эпштейна—Барр [8]. Обследование на *H.pylori* проводится в краевых учреждениях здравоохранения, но, к сожалению, не практикуется в городских поликлиниках и центральных районных больницах. Выявление других причин практически не осуществляется.

Для Забайкалья характерно наличие краевой патологии. Наш регион является селенодефицитной территорией. Ранее мы выявили снижение содержания селена и глутатиона в сыворотке крови у детей с хроническим гастродуоденитом [9, 10]. 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. Значительнымотягощающим фактором, усугубляющим селенодефицитное состояние больных, является нарушение всасывания в двенадцатиперстной кишке, поэтому у пациентов

Таблица 3. Заболеваемость по нозологическим формам у подростков (на 1000 подростков)

Показатель	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Все болезни органов пищеварения	175,0 100	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
Гастрит и дуоденит	56,1 100	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
Язвенная болезнь	6,50 100	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
Болезни желчного пузыря	41,7 100	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
Болезни поджелудочной железы	2,01 100	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
Энтероколит неинфекционный	0,80 100	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

с хроническим гастродуоденитом поступление микроэлемента в кровь еще больше снижается. Это может быть одной из причин более высокой гастроэнтерологической заболеваемости детей Забайкальского края.

Следующее ранговое место занимает неинфекционный энтероколит. По-видимому, здесь также имеет место гипердиагностика одних и недостаточное выявление других заболеваний. Проблема заключается в сложности выявления заболеваний кишечника, особенно в районах края, где практически любой случай диареи трактуется как неинфекционный энтероколит, тогда как наиболее частой причиной этого состояния является не воспалительное заболевание, а нарушение работы ферментных систем [11, 12]. Но для их диагностики необходимо проведение сложных дополнительных методов исследования.

Также имеется несколько других важных проблем. Годовые отчеты по болезням органов пищеварения составляют гастроэнтерологи. Но в МКБ-10 в раздел с кодом К кроме собственно болезней желудочно-кишечного тракта входят еще и K00 — K14 болезни полости рта, K35 — K38 болезни червеобразного отростка, K40 — K46 грыжи и K65 — K67 болезни брюшины. При анализе болезней органов пищеварения их относят к группе «прочие», которая составляет около 60% заболеваний с кодом К. Это наглядно видно на примере заболеваемости подростков за 2012 г. Показатели практически по всем анализируемым нозологическим формам снизились, а общий уровень возрос на 20,0% за счет «прочих». Кроме того, диагноз у детей со смежной патологией, традиционно наблюдающихся у гастроэнтерологов, в раздел с кодом К не входят. В крае состоят на учете 22 ребенка

с муковисцидозом (E84) и 3 — с болезнью Вильсона (E83.0).

Для улучшения работы проводится обучение врачей в клинической ординатуре, циклах профессиональной переподготовки и усовершенствования в ЧГМА. Сотрудниками ЧГМА и врачами клиник ежегодно проводятся краевые семинары для педиатров города и области. В 2011 и 2013 г. в Чите были проведены Восточно-Сибирские гастроэнтерологические конференции, на которых наряду с читинскими специалистами выступали ученые из многих городов России и из-за рубежа. Результаты научных исследований представлены в совместных публикациях сотрудников кафедр и клиник, а также отражены в одной докторской и кандидатской диссертациях.

Таким образом, материально-техническая база и кадровый потенциал вполне достаточны для выполнения работы по оказанию помощи детям. В целом отмечается тенденция к уменьшению заболеваемости болезнями органов пищеварения. Однако в Забайкальском крае ее показатели продолжают оставаться выше, чем в целом по стране. Происходит это как за счет истинной заболеваемости, связанной с нарушением питания, стрессовыми ситуациями, дефицитом селена и других микроэлементов, распространением инфекции *H.pylori* и др., так и за счет гипердиагностики. Необходима правильная трактовка данных дополнительных методов исследования и сопоставление их с клиникой. Наиболее эффективно раннее начало профилактики на этапе формирования факторов риска. Повышенное внимание к гастроэнтерологической патологии в детском возрасте является предпосылкой для снижения заболеваемости во взрослой популяции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Запруднов А.М., Григорьев К.И., Филин В.А. и др. Достижения отечественной детской гастроэнтерологии: истоки, современное состояние, перспективы. Педиатрия 2008; 6: 8—13. (Zaprudnov A.M., Grigoriev K.I., Filin V.A. et al. Achievements of domestic pediatric gastroenterology: origins, current status and prospects. *Pediatriya* 2008; 6: 8—13.)
2. Ямолдинов Р.Н., Ожегов А.М., Мякишева Л.С. и др. Эпидемиология заболеваний органов пищеварения у детей и подростков Удмуртской республики. Педиатрия 2004; 2: 78—80. (Yamoldinov R.N., Ozhegov A.M., Myakisheva L.S. et al. Epidemiology of digestive diseases in children and adolescents of the Udmurt Republic. *Pediatriya* 2004; 2: 78—80.)
3. Емельянова О.Н., Левина О.А., Федорева Н.М., Боровик Н.Н. Анализ заболеваемости детей болезнями органов пищеварения. Забайкальский мед журн 2011; 2: 46—49. (Emelyanova O.N., Levina O.A., Fedoreyeva N.M., Borovik N.N. Analysis of the incidence of diseases of the digestive system of children. *Zabajkal'skij med zhur* 2011; 2: 46—49.)
4. Щербаков П.Л., Лобанов Ю.Ф. Детская гастроэнтерология — настоящее и будущее. Экспериментальная и клин гастроэнтерол 2011; 1: 3—8. (Shcherbakov P.L., Lobanov Y.F. Pediatric Gastroenterology — present and future. *ENkspierimental'naya i klinicheskaya gastroehnterologiya* 2011; 1: 3—8.)
5. Пыков М.И., Издатдуст Ф.Н., Коровина Н.А. Практическое значение динамического исследования моторной функции желчного пузыря у детей. Рос вестн перинатол и педиат 2006; 6: 88—91. (Pykov M.I., Izdatdust F.N., Korovina N.A. The practical significance of the dynamic study of gallbladder motor function in children. *Ros vestn perinatol i pediat* 2006; 6: 88—91.)
6. Корниенко Е.А., Паролова Н.Н. Проблема диагностики и лечения инфекции *Helicobacter pylori* у детей в свете рекомендаций международного консенсуса Маастрихт IV. Вестн практ врача 2012; 1: 38—43. (Kornienko E.A., Parolova N.N. Problem of diagnosis and treatment of *Helicobacter pylori* infection in children in the direction of the recommendations of an international consensus Maastricht IV. *Vestn prakti vracha* 2012, 1: 38—43.)
7. Поливанова Т.В., Вишников В.А., Фурцев В.И., Гончарова М.В. Региональные особенности течения инфекции *Helicobacter pylori* у детей европеоидного населения Сибири. Вopr дет диетол 2012; 4: 9—13. (Polivanova T.V., Vshivkov V.A., Furtsev V.I., Goncharova M.V. Regional peculiarities of *Helicobacter pylori* infection in children Caucasoid population of Siberia. *Vopr det dietol* 2012, 4: 9—13.)
8. Вольнец Г.В. Этиологические факторы хронических гастритов у детей. Вopr соврем педиат 2006; 3: 15—21. (Volynets G.V. Etiological factors of chronic gastritis in children. *Vopr sovrem pediat* 2006; 3: 15—21.)
9. Щербак В.А., Дремина Г.А., Щербак Н.М. Роль селена в патогенезе и лечении хронического гастродуоденита у детей, проживающих в Читинской области. Педиатрия 2004; 6: 103—104. (Shcherbak V.A., Dremina G.A., Shcherbak N.M. The role of selenium in the pathogenesis and treatment of chronic gastroduodenitis in children living in the Chita region. *Pediatriya* 2004; 6: 103—104.)
10. Щербак В.А. Значение селена в патогенезе и лечении детей с хроническим гастродуоденитом. Вopr дет диетол 2008; 1: 5—8. (Shcherbak V.A. Value of selenium in the pathogenesis and treatment of children with chronic gastroduodenitis. *Vopr det dietol* 2008, 1: 5—8.)
11. Бельмер С.В. Современные принципы диетотерапии целиакии. Рос вестн перинатол и педиат 2012; 4: 127—130. (Belmer S.V. Modern principles of diet therapy of celiac disease. *Ros vestn perinatol i pediat* 2012; 4: 127—130.)
12. Щербак В.А., Щербак Н.М. Лактазная недостаточность у детей. Педиат фармакол 2011; 3: 90—93. (Shcherbak V.A., Shcherbak N.M. Lactase deficiency in children. *Pediat pharmacol* 2011, 3: 90—93.)

Поступила 10.09.13