

УДК 616.3-053.2 571.55

Щербак В.А.

БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия

Резюме. *Цель работы* – проанализировать динамику основных показателей заболеваемости патологией пищеварительной системы у детей и подростков Забайкальского края за последние 6 лет.

Материалы и методы. *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 2006-2011 годов.*

Результаты. *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 они продолжают оставаться выше, чем в целом по стране. В структуре указанных заболеваний на первом месте все годы находятся болезни желчного пузыря, на втором – гастриты и дуодениты, на третьем - энтероколиты неинфекционные. Обсуждается трактовка результатов дополнительных методов исследования, вопросы лечения и профилактики.*

Заключение. *Необходимо проведение ранней профилактики на этапе формирования факторов риска. Повышенное внимание к гастроэнтерологической патологии в детском возрасте послужит одним из факторов снижения заболеваемости во взрослой популяции.*

Ключевые слова: *заболеваемость, органы пищеварения, дети, болезни желчного пузыря, гастродуоденит, дисбактериоз, лактазная недостаточность.*

Shcherbak V.A.

DIGESTIVE SYSTEM MORBIDITY IN CHILDREN OF TRANSBAIKAL REGION

Summary. *Study objective* is to analyze the dynamics of the major morbidity of digestive system in children and adolescents in Transbaikal region.

Patients and methods. *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 2006-2011.*

Results. *It was found that diseases of the digestive tract in children took the second place, accounting for 8.5% of all diseases. A tendency to reduction the number of diseases of the digestive system was registered. However, in the Transbaikal region, they continue to remain higher than the national average. In the first place all those years are gallbladder diseases, the second - gastritis and duodenitis, the third - non-infectious enterocolitis. The interpretation of the results of additional methods, issues of treatment and prevention are discussed.*

Conclusion. *It's necessary to do early prophylactic in the period of risk factors formation. Increased attention to gastroenterological diseases in children will be one of the factors reducing the incidence of the adult population.*

Keywords: *morbidity, digestive organs, children, gallbladder diseases, gastroduodenitis, dysbiosis, lactase deficiency.*

Введение. В структуре заболеваний детского возраста патология органов пищеварения занимает существенное место как по распространенности, так и по тяжести клинических проявлений. 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 [8].

Цель работы – проанализировать динамику основных показателей заболеваемости пищеварительной системы у детей и подростков Забайкальского края за последние 6 лет.

Материалы и методы. Изучена заболеваемость по обращаемости детей (от 0 до 14 лет 11 месяцев 29 дней) и подростков (от 15 лет до 17 лет 11 месяцев и 29 дней). Показатели рассчитывались на 1000 детского населения за период 2006-2011 годов. Сравнение проведено с данными Российской Федерации и Сибирского Федерального округа (СФО). Для сравнения с базовым (2006) годом рассчитывался темп роста (снижения), с предыдущим годом – прирост (снижение) в процентах. Выравнивание динамических рядов проводилось с помощью скользящей средней [5]. Для выявления тенденции проводилась линия тренда и рассчитывался коэффициент аппроксимации (приближения).

Результаты исследования. Установлено, что максимальное количество детского населения Забайкальского края (таблица 1) зарегистрировано в 2006 году, затем к 2008 году наблюдалось снижение его численности, с тенденцией к росту в последующие годы, но не достигло уровня 2006 года. При этом уменьшение происходит за счет подростков, доля которых в 2006 году была 21,0%, а в 2011 – только 15,6%. Восстановление численности населения происходит за счет возрастания рождаемости, и, соответственно, количества детей раннего и дошкольного возраста. Все годы наблюдается сокращение не только численности подростков, но и их доли в детской популяции.

Таблица 1.

Детское население Забайкальского края

Возраст	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Всего 0-17 лет	278491	271348	265697	273856	261621	267952
		-2,6%	-4,6%	-1,7%	-6,1%	-3,8%
0-14 лет	220098	211931	211646	226832	217625	226131
		-3,8%	-3,9%	+3,1%	-1,1%	+2,7%
15-17 лет	58393	59417	54051	47024	43996	41821
		+1,8%	-7,4%	-19,5%	-24,7%	-28,4%
		+1,8%	-9,1%	-13,0%	-6,4%	-4,9%

Примечание: первая строка – показатель; вторая строка – темп роста (снижения) по сравнению с 2006 годом; третья строка – прирост (уменьшение) по сравнению с предыдущим годом.

У детей болезни органов пищеварительного тракта занимают второе место в общей структуре, составляя 8,5% от всех болезней, уступая только патологии органов дыхания, что совпадает с российскими данными. Заболеваемость детей (таблица 2) за отчетный период колеблется от 168,9 (2009) до 191,5 (2007), оставаясь все годы выше показателя Российской Федерации (2010 год – 148,8) и СФО (2010 – 133,1).

Отсутствие четкой тенденции явилось предпосылкой для выравнивания динамического ряда с помощью расчета скользящей средней (рис. 1). Результаты выявили незначительную тенденцию уменьшения заболеваемости, как детей, так и подростков. При этом у детей

линия тренда оказалась более прямой, что показывает коэффициент аппроксимации (приближения) $R^2=0,4697$, а у подростков значительно отклоняется ($R^2=0,0283$).

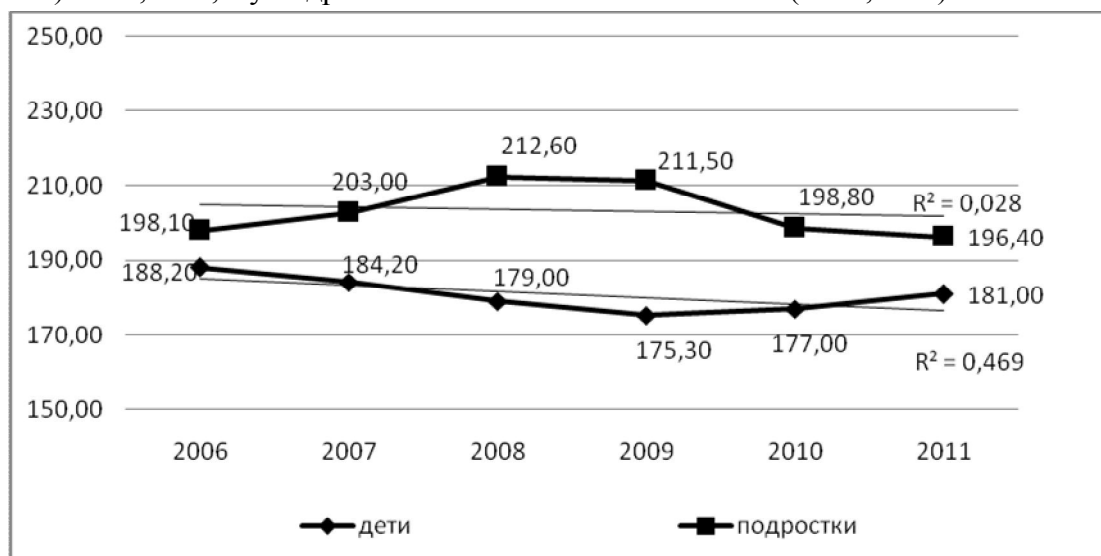


Рис. 1. Заболеваемость детей и подростков (скользящая средняя и линия тренда).

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 195,0 на 1000, а в СФО – 149,0. Патология желчного пузыря в Забайкальском крае превышает в 2,3 раза федеральный показатель и почти в 3 раза – окружной. Патология поджелудочной железы находится на четвертом месте.

Таблица 2

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

Показатель	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1	2	3	4	5	6	7
Все болезни органов пищеварения	184,9	191,5 +3,6%	176,5 -4,5%	168,9 -8,7%	180,5 -2,4%	181,5 -1,8%
В т.ч. впервые выявленные	104,7	102,0 -2,6%	89,6 -14,4%	85,3 -18,5%	90,9 -13,2%	100,1 -4,4%
Из них:						
Гастрит и дуоденит (K29)	27,0	24,5 -9,3%	23,1 -4,5%	22,4 -3,5%	22,3 -0,5%	25,6 +14,8%
В т.ч. впервые выявленные	8,2	7,2 -12,1%	6,3 -12,2%	6,0 -4,8%	6,8 +14,1%	10,7 +56,5%
Язвенная болезнь (K25-K26)	0,76	0,61 -19,7%	0,66 +8,2%	0,58 -12,1%	0,56 -3,5%	0,57 +1,8%
В т.ч. впервые выявленные	0,17	0,16 -5,9%	0,18 +12,5%	0,13 -27,8%	0,12 -7,7%	0,18 +50,0%
Болезни желчного пузыря (K80-83)	39,5	40,0 +1,3%	39,0 -2,5%	38,6 -0,9%	41,2 +6,6%	44,4 +7,6%

1	2	3	4	5	6	7
В т.ч. впервые выявленные	10,4	12,2 +17,3% +17,3%	11,4 +9,7% +6,5%	10,3 -0,8% -9,5%	11,1 +6,9% +7,8%	19,5 +87,9% +75,7%
Болезни поджелудочной железы (K85-K86)	1,25	0,65 -48% -48%	0,80 -36% +23,1%	1,73 +38,4% +116,2%	1,02 -18,4% -41,0%	0,79 -36,8% -22,5%
В т.ч. впервые выявленные	0,59	0,21 -64,4% -64,4%	0,24 -59,3% +14,3%	0,56 -5,1% +133%	0,41 -30,5% -26,8%	0,19 -67,8% -53,7%
Энтероколит неинфекционный (K50-K52)	3,53	3,70 +4,8% +4,8%	3,85 +9,1% +4,1%	3,01 -14,7% -21,8%	3,06 -13,3% +1,7%	3,19 -9,6% +4,2%
В т.ч. впервые выявленные	2,94	2,97 +1,0% +1,0%	2,72 -7,5% -8,4%	2,30 -21,8% -15,4%	2,20 -25,2% -4,3%	2,55 -13,3% +15,9%

Примечание: первая строка – показатель;
вторая строка – темп роста (снижения) по сравнению с 2006 годом;
третья строка – прирост (уменьшение) по сравнению с предыдущим годом.

У подростков с 2006 по 2011 годы отмечается колебание показателя заболеваемости системы органов пищеварения (таблица 3). Они 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. Эти две нозологические формы значительно опережают другую патологию. На третьем месте находится язвенная болезнь. Таким образом, структура заболеваемости подростков отличается от детей. В данной возрастной группе в 2,8 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, компьютерными играми и другими факторами нездорового образа жизни. К сожалению, эпидемиологические исследования данных факторов риска в крае не проводились. Еще выше (в 8 раз) распространённость язвенной болезни. В то же время патология желчного пузыря уменьшилась на 37% по сравнению с детьми.

Таблица 3.

Заболеваемость по нозологическим формам у подростков (на 1000 подростков)

Показатель	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1	2	3	4	5	6	7
Все болезни органов пищеварения	175,0	221,1 +26,3% +26,3%	212,9 +21,7% -3,7%	203,6 +16,3% -4,4%	217,9 +24,5% +7%	174,9 -0,05% -19,7%
В т.ч. впервые выявленные	74,8	71,1 -5,0% -5,0%	66,1 -11,7% -7,0%	62,7 -16,2% -5,1%	67,9 -9,2% +8,3%	74,9 +0,3% +10,4%
Из них:						
Гастрит и дуоденит (K29)	56,1	62,3 +11,1% +11,1%	51,5 -8,2% -17,4%	65,8 +17,3% +27,8%	69,3 +23,5% +5,3%	71,8 +28,0% +3,6%
В т.ч. впервые выявленные	19,9	11,0 -44,7% -44,7%	10,6 -46,8% +2,9%	13,4 -32,3% +15,5%	15,7 -33,8% -2,3%	17,1 -29,4% +6,7%

1	2	3	4	5	6	7
Язвенная болезнь (K25-K26)	6,50	3,70 -43,1% -43,1%	3,81 -41,4% +2,9%	4,40 -32,3% +15,5%	4,30 -33,8% -2,3%	4,59 -29,4% +6,7%
В т.ч. впервые выявленные	2,22	1,42 -36,0% -36,0%	0,93 -58,1% -34,1%	1,24 -44,1% +33,3%	0,81 -63,8% -34,7%	1,41 -36,5% +74,0%
Болезни желчного пузыря (K80-83)	41,7	51,5 +23,0% +23,0%	59,8 +42,9% +16,1%	58,9 +40,7% -1,5%	63,7 +52,2% +8,2%	61,3 +46,5% -3,7%
В т.ч. впервые выявленные	11,8	10,6 -1,0% -1,0%	11,9 -0,8% +12,0%	11,3 -4,1% -4,9%	8,4 -28,8% -25,8%	11,7 -1,0% +39,3%
Болезни поджелудочной железы (K85-K86)	2,01	1,30 -35,3% -35,3%	1,52 -24,4% +16,9%	1,58 -21,4% +3,9%	0,63 -68,6% 60,1%	2,68 +33,3% +325,4%
В т.ч. впервые выявленные	0,90	0,48 -46,7% -46,7%	0,42 -53,3% -12,5%	0,56 -37,8% +33,3%	0,56 -37,8% 0,0%	0,98 +8,9% +75,0%
Энтероколит неинфекционный (K50-K52)	0,80	1,01 -87,4% -87,4%	0,81 -89,9% -19,9%	1,19 -85,1% +46,9%	2,14 -73,2% +79,8%	3,28 -59% +53,3%
В т.ч. впервые выявленные	0,32	0,61 +90,6% +90,6%	0,39 +21,9% -36,1%	0,63 +96,95 +61,5%	0,84 +162,5% +33,3%	2,10 +556,2% +1,5%

Примечание: первая строка – показатель;

вторая строка – темп роста (снижения) по сравнению с 2006 годом;

третья строка – прирост (уменьшение) по сравнению с предыдущим годом.

Заключение. 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 выставляет ребенку диагноз дискинезии желчевыводящих путей, а другой его снимает.

Из заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) наибольшее распространение имеют гастродуодениты и язвенная болезнь. В этиологии этих болезней главную роль играет *H.pylori*. При выявлении у пациента гастродуоденита, ассоциированного с *H.pylori*, перед назначением любого метода лечения необходимо провести эрадикацию [1, 4]. Применение иммуномодуляторов улучшает результаты терапии [6].

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 нарушение работы ферментных систем. Но для их диагностики необходимо проведение

сложных дополнительных методов исследования. Вот почему участковому врачу проще поставить энтероколит неинфекционный, чем энзимопатию. В эту же группу ошибочно относят дисбактериоз, который не является заболеванием, а только лабораторным синдромом.

Важной проблемой современной гастроэнтерологии является синдром мальабсорбции. Он проявляется в нескольких формах, но наибольшее значение имеет лактазная недостаточность. Многие педиатры расценивают диарею, как инфекционное заболевание или дисбактериоз, назначая антибактериальную терапию или пробиотики, что только ухудшает состояние ребенка. Тогда как основой терапии является элиминационная диета и назначение препаратов лактазы [2, 7], а также решение проблемы антибиотикоассоциированной диареи при лечении инфекционных заболеваний [3].

Также имеется несколько других важных проблем. Годовые отчеты по болезням органов пищеварения традиционно составляют гастроэнтерологи. Но кроме собственно гастроэнтерологических болезней в код МКБ с литерой «К» входят еще и K00-K14 болезни полости рта, K35-K38 болезни червеобразного отростка, K40-K46 грыжи и K65-K67 болезни брюшины. При анализе гастроэнтерологической патологии они относятся в группу «прочие». Анализ затруднен, так как «прочие» составляют около 60% кода K00-K93. Кроме того дети со смежной патологией, традиционно наблюдающиеся у гастроэнтерологов, в код «К» не входят. В крае состоят на учете 22 ребенка с муковисцидозом (E84) и 3 – с болезнью Вильсона (E83.0).

Таким образом, в целом отмечается тенденция к уменьшению заболеваний системы органов пищеварения. Однако в Забайкальском крае они продолжает оставаться выше, чем в целом по стране. Происходит это как за счет истинной заболеваемости, связанной с нарушением питания, стрессовыми ситуациями, распространением инфекции *H.pylori* и другими причинами, так и за счет гипердиагностики. Вот почему своевременная профилактика на современном этапе приобретает наиболее важное значение. Кроме того, необходима правильная трактовка данных дополнительных методов исследования и сопоставления их с клиникой. Наиболее эффективно 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.

Литература

1. Корниенко Е.А. Проблема диагностики и лечения инфекции *Helicobacter pylori* у детей в свете рекомендаций международного консенсуса Маастрихт IV / Е.А.Корниенко, Н.Н.Паролова // Вестник практического врача. – 2012. №1. – С. 38-43.
2. Мухина Ю.Г. Дисахаридазная недостаточность у детей / Ю.Г.Мухина, П.В.Шумилов, М.И.Дубровская // Вопр. практ. педиатрии. – 2008. – Т.3, №3. – С. 56-62.
3. Петрухина И.И. Антибиотикоассоциированные диареи у детей / И.И. Петрухина// Забайкальский медицинский вестник. – 2011. - №2. – С. 12-14.
4. Ткаченко Е. Оптимизация лечения заболеваний, ассоциированных с *Helicobacter pylori* / Е. Ткаченко, Ю. Успенская, Н.Барышникова // Врач. – 2012. - №1. – С. 36-38.
5. Шильникова Н.Ф. Основы санитарной статистики / Н.Ф.Шильникова, А.И. Сенижук, О.В.Ходакова. – Чита: ГОУ ВПО ЧГМА, 2008. – 144 с.
6. Щербак В.А. Цитокины при иммуномодулирующей терапии детей с хроническим гастродуоденитом /В.А.Щербак, Б.И.Кузник, Ю.А.Витковский // Иммунология. – 2005. – Т. 26, №6. – С. 324-344.

7. Щербак В.А. Лактазная недостаточность у детей / В.А.Щербак, Н.М.Щербак // Педиатрическая фармакология. – 2011. - №3. – С. 90-93.
8. Щербаков П.Л. Детская гастроэнтерология – настоящее и будущее /П.Л.Щербаков, Ю.Ф. Лобанов // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2011. - №1. – С. 3-8.