

Хлынов И.Б.

Гастроэнтерологическая служба в Уральском федеральном округе: показатели работы и задачи по снижению смертности от болезней органов пищеварения

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Екатеринбург

Khlinov I.B.

Gastroenterological service in the Ural Federal District: performance indicators and targets for reducing mortality from digestive diseases

Резюме

В статье представлены сборные данные об оказании специализированной гастроэнтерологической помощи, общей заболеваемости и смертности от болезней органов пищеварения в Уральском федеральном округе в 2018 году. Выявлены основные проблемы реальной клинической практики и сформулирован перспективный план мероприятий направленных на снижение смертности от заболеваний органов пищеварения.

Ключевые слова: специализированная гастроэнтерологическая помощь, Уральский федеральный округ, заболеваемость, смертность

Summary

The article presents combined data on the provision of specialized gastroenterological care, general morbidity and mortality from diseases of the digestive system in the Urals Federal District in 2018. The main problems of real clinical practice were identified and a promising plan of measures aimed at reducing mortality from diseases of the digestive system was formulated.

Key words: specialized gastroenterological care, Ural Federal District, morbidity, mortality

В Свердловской, Челябинской, Тюменской и Курганской областях, а также Ямало-Ненецком автономном округе (ЯНАО), Ханты-Мансийском автономном округе-Югре (ХМАО), входящих в Уральский федеральный округ (УФО) в 2018 году специализированная гастроэнтерологическая помощь оказывалась на амбулаторно – поликлиническом и стационарном этапах. Количество гастроэнтерологических коек в 2018 году в различных регионах УФО составляло от 0,06 до 1 на 10 000 населения, а занятость больничной койки колебалась от 180 до 343 дней в году. Средняя длительность пребывания на больничной койке бала минимальной в ЯНАО (9,12 дня) и максимальная в ХМАО (12,2 дня).

Общая заболеваемость болезнями органов пищеварения (БОП) в Свердловской и Тюменской области в 2018 году менее 100 на 1000 населения: 89,0 и 96,6, соответственно. Данный показатель был повышен в Челябинской, Курганской области, ХМАО и ЯНАО (от 115,4 до 185,2 на 1000 населения). Первичная заболеваемость была минимальной в Тюменской области и максимальной в ЯНАО – 19,4 и 56,4 на 1000 населения, соответственно.

Общая заболеваемость язвенной болезнью отмечалась на минимальном уровне в Тюменской, Свердловской области, ХМАО и ЯНАО (от 5,3 до 9,9 на 1000 населения) и максимальной в Курганской области (13,3 на 1000 населения). Первичная заболеваемость язвенной болезнью в субъектах РФ в УФО колебалась от 0,6 до 1,5 на 1000 населения.

Общая заболеваемость болезнями печени на 1000 населения в УФО составила от 3,4 в Челябинской и Тюменской областях до 6,6 в ЯНАО, а первичная заболеваемость болезнями печени на 1000 населения составила от 0,4 в Тюменской области до 1,8 в ЯНАО.

Изучение общей заболеваемости болезнями поджелудочной железы в УФО показало, что её показатели в субъектах Российской Федерации имеют высокие колебания и составляют от 4,9 до 11,0 на 1000 населения. Первичная заболеваемость болезнями поджелудочной железы в 2018 году была минимальной в Челябинской области – 0,9 на 1000 населения, а максимальной в ЯНАО – 2,8 на 1000 населения.

Больничная летальность по классу болезней орга-

нов пищеварения в 2018 году субъектах УФО составила от 1,4 % в Тюменской области и ХМАО до 2,94 % в Курганской области. Анализ структуры больничной летальности показал, что на первом месте находятся болезни печени. Госпитальная летальность пациентов с болезнями печени изменяется от 11,4 % в Тюменской области до 22,4 % в ЯНАО. Значительную долю в структуре госпитальной смертности занимает язвенная болезнь. В 2018 году в стационарах УФО госпитальная летальность у больных язвенной болезнью составила от 2,9 % в ХМАО до 8,5 % в Курганской области. По уровню летальности у пациентов с язвенной болезнью конкурируют статистические данные летальности пациентов с патологией поджелудочной железы. Госпитальная летальность пациентов с патологией поджелудочной железы была минимальной в Свердловской области и ХМАО – 1,3 %, максимальной в Курганской области – 2,69 %.

Анализ общей смертности по классу болезней органов пищеварения за 2018 год выделяет три субъекта РФ: Тюменскую область, ХМАО и ЯНАО, где данный показатель составил от 30,2 до 40,3 на 100 000 населения, и три субъекта РФ, где рассматриваемое значение было значительно выше и составило от 65,2 до 79,3 на 100 000 населения: Свердловскую, Челябинскую и Курганскую область. Основной вклад в общую смертность по классу болезней органов пищеварения за 2018 год определила смертность от болезней печени. Высокие значения отмечены в Свердловской, Челябинской и Курганской областях: от 30,1 до 33,9 на 100 000 населения. Значительно меньшие показатели смертности от болезней печени фиксировались в Тюменской области, ХМАО, ЯНАО: от 13,7 до 23,6 на 100 000 населения. Смертность от язвенной болезни была наименьшей в ЯНАО и ХМАО: 2,2 и 3,0 на 100 000 населения, соответственно. В Челябинской, Курганской, Тюменской и Свердловской областях данный показатель был выше и составил от 5,6 до 10,4 на 100 000 населения. Смертность от болезней поджелудочной железы была наименьшей также в Тюменской области, ХМАО и ЯНАО: от 3,3 до 4,8 на 100 000 населения. В Челябинской, Курганской и Свердловской областях данный показатель был выше и составил от 7,9 до 9,5 на 100 000 населения.

Ведущими причинами смертности от БОП в УФО в 2018 году, определяющими 74 % летальных исходов при болезнях органов пищеварения (у лиц трудоспособного возраста – 93,8%), остаются болезни печени и поджелудочной железы, а также язвенная болезнь.

По данным анализа динамики смертности от болезней органов пищеварения в 2018 году выявлено увеличение числа умерших от болезней органов пищеварения на 3,6%, по сравнению с аналогичным периодом 2017 года (с 7759 до 7485 человек). Число умерших по причине язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки (К25-К26) за 12 месяцев 2018 увеличилось на 8,1%. Число умерших от болезней печени (К70-К76) всего за 12 месяцев 2018г. увеличилось на 9,7% по сравнению с аналогичным периодом 2017г. Число умерших от болезней поджелудочной железы (К85-К86) всего за 12 месяцев 2018 года также

увеличилось на 6,7%, по сравнению с 2017 годом.

Рост числа умерших по причине язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки на 8,1% связан в первую очередь с осложнениями приема нестероидных противовоспалительных препаратов (в т.ч. низкодозированного аспирина) и неполным обследованием больных на хеликобактерную инфекцию для проведения последующей эрадикационной терапии.

Рост числа умерших от болезней печени на 9,7 % объясняется высоким уровнем потребления населением алкоголя и недостаточной наполненностью программ по противовирусной терапии гепатита В и С.

Рост числа умерших от болезней поджелудочной железы на 6,7%, с учетом основного вклада острого алкогольного панкреатита, также демонстрирует сохраняющийся до настоящего времени высокий уровень алкоголизации населения и рост распространенности желчнокаменной болезни.

Анализ сохраняющихся проблем в реальной клинической практике показывает:

- высокий уровень употребления алкоголя и низкую санитарную грамотность населения;
- недостаточный объем методов и методик диспансеризации населения, что не позволяет рано выявлять заболевания печени и хеликобактер-ассоциированные заболевания;
- низкий охват диспансерным наблюдением пациентов с НПВП-гастропатией, язвенной болезнью, заболеваниями печени и поджелудочной железы;
- неполный объем обеспечения пациентов хроническим вирусным гепатитом В и С противовирусной терапией и пациентов воспалительными заболеваниями кишечника биологической терапией;
- неуккомплектованность врачебными кадрами амбулаторно-поликлинического звена, особенно вне крупных промышленных центров;
- недостаточную обеспеченность гастроэнтерологическими койками;
- нехватку эндоскопической аппаратуры и врачей-эндоскопистов в амбулаторно-поликлиническом звене;

Особым, актуальным направлением работы гастроэнтерологической службы в современных условиях является профилактика онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта. В настоящее время доказана возможность предотвращения онкологических заболеваний при эффективном лечении хронического гастрита, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, патологии печени, аденоматозных полипов толстой кишки, желчнокаменной болезни и ряда других заболеваний. К сожалению, на большинстве территорий отмечается неэффективная работа по раннему выявлению и лечению предраковых заболеваний органов пищеварения, в частности гистологического подтверждения и мониторинга хронического гастрита, эзофагита, полипов кишечника и других предраковых заболеваний органов пищеварения. Для реализации данной задачи особенно важным является координация работы гастроэнтерологической и эндоскопической службы и врачей морфологов [1-4].

Главному гастроэнтерологу Министерства здравоохранения Российской Федерации представлен перспективный план мероприятий, направленных на снижение смертности от заболеваний органов пищеварения на отдельных территориях УФО:

1. Руководителям медицинских организаций усилить контроль за диспансерным наблюдением пациентов с заболеваниями органов пищеварения, угрожаемых по смерти.
2. Проводить вирусологические обследования на гепатит В и С максимально возможному числу пациентов.
3. Направлять на консультации пациентов, злоупотребляющих алкоголем к врачам-наркологам.
4. Проводить исследования на хеликобактерную инфекцию для проведения последующей эрадикационной терапии у лиц с хроническим гастритом, язвенной болезнью и пациентам, которым планируется назначение НПВП на длительный период
5. Назначать пациентам с язвенной болезнью и из группы риска развития НПВП-гастропатии препараты ингибиторов протонной помпы на весь период приема НПВП.

6. Проводить профилактическое эндоскопическое исследование верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта с обязательным гистологическим исследованием биоптатов слизистой оболочки пищевода, желудка и кишечника пациентам старше 50 лет.

7. Проводить среди населения профилактическую работу по здоровому образу жизни и вреде алкоголизма совместно с полицией и средствами массовой информации.
8. Обследовать и лечить пациентов в соответствии с национальными клиническими рекомендациями по выявленной патологии [1-3; 5-11].
9. Повышение профессионального уровня врачей-гастроэнтерологов, терапевтов, хирургов, эндоскопистов и фельдшеров в рамках образовательных программ ВУЗов Минздрава РФ и мероприятий Российской гастроэнтерологической ассоциации. ■

Хлынов И.Б., д.м.н., доцент кафедры факультетской терапии и гериатрии ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Екатеринбург, Главный гастроэнтеролог Уральского федерального округа, адрес для переписки — hlinov.doc@yandex.ru

Литература:

1. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Гастроэнтерология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2008.
2. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л., Шептулин А.А. и соавт. Практические шаги по профилактике рака желудка в Российской Федерации: алгоритм ведения пациентов с хроническим хеликобактерным гастритом. *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* 2014; 24 (2): 102-4.
3. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С. и соавт. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* 2017; 27 (4): 7595.
4. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л. и соавт. Лечение инфекции *Helicobacter pylori*: мейнстрим и новации (Обзор литературы и резолюция Экспертного совета Российской гастроэнтерологической ассоциации 19 мая 2017 года). *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* 2017; 27 (4): 4-21.
5. Насонов Е.Л., Ивашкин В.Т., Яхно Н.Н. и соавт. Проект Национальных клинических рекомендаций (основные положения) Ассоциации ревматологов России, Российской гастроэнтерологической ассоциации, Российского общества по изучению боли «Рациональное использование нестероидных противовоспалительных препаратов» (по результатам совещания группы экспертов, г. Москва, 01.04.2017). *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* 2017; 27 (5): 69-75.
6. Ивашкин В.Т., Маевская М.В., Павлов Ч.С. и соавт. Клинические рекомендации Российского общества по изучению печени Российской гастроэнтерологической ассоциации по лечению осложнений цирроза печени. *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* 2016; 26 (4): 71-102.
7. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Маев И.В. и соавт. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни. *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* 2016; 26 (6): 40-54.
8. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Охлобыстин А.В. и соавт. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению хронического панкреатита. *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* 2014; 4: 70-97.
9. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л. и соавт. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых. *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* 2018; 28(1): 55-70.
10. Ивашкин В.Т., Маевская М.В., Павлов Ч.С. и соавт. Клинические рекомендации Российского общества по изучению печени по ведению взрослых пациентов с алкогольной болезнью печени. *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* 2017; 27(6): 20-40.
11. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Баранская Е.К. и соавт. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению жёлчнокаменной болезни. *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* 2016; 26 (3): 64-80.