

7. Эпидемиология паркинсонизма в Республике Татарстан / О.С. Калашникова, С.Э. Мунасипова, Д.М. Хасанова [и др.] // Практическая медицина. — 2011. — № 7 (55) — С. 210–211.

Epidemiology of parkinsonism in Tatarstan / O.S. Kalashnikova, S.E. Munapipova, D.M. Khasanova [et al.] // Practical medicine. — 2011. — Vol. 7 (55) — P. 210–211.

8. Blin P. Parkinson's disease incidence

and prevalence assessment in France using the national healthcare insurance database / P. Blin, C. Dureau-Pournin, A. Foubert-Samier [et. al.] // Eur. J. Neurol. — 2015. — Vol. 22, T. 3. — P. 464–471.

9. De Lau L.M. Epidemiology of Parkinson's disease / L.M. de Lau, M.M. Breteler // Lancet Neurol. — 2006. — Vol. 5 — P. 525–535.

10. Khedr E.M. Prevalence of Parkinsonism and Parkinson's disease in Qena governorate/ Egypt: a cross-sectional community-based survey

/ E.M. Khedr, G. Fawi, M.A.A. Abbas [et al.] // Neurol. Res. — 2015. — Vol. 37, T. 7 — P. 607–618.

11. Pringsheim T. The prevalence of Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis / T. Pringsheim, N. Jette, A. Frolkis // Mov. Disord. — 2014. — Vol. 29, T. 13 — P. 1583–1590.

12. Schrag A., Cross sectional prevalence survey of idiopathic Parkinson's disease and Parkinsonism in London / A. Schrag, Y. Ben-Shlomo, N.P. Quinn // BMJ. 2000. — Vol. 321, T. 7252. — P. 21–22.

Э.А. Емельянова, С.Л. Сафонова

ДИНАМИКА СТРУКТУРЫ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ ДИСПАНСЕРНЫХ ГРУПП 20-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

УДК 611.3:616-036.22(571.56)

Динамика структуры гастроэнтерологической заболеваемости проанализирована на примере 134 пациентов с. Вилучан Сунтарского района, находившихся под диспансерным наблюдением в течение 20 лет и охваченных повторными осмотрами.

Ключевые слова: органы пищеварения, структура заболеваемости, диспансерные группы, динамика.

The dynamics of the structure of gastroenterological morbidity is analyzed on the example of 134 patients p. Vilyuchan of the Suntarsky district, who were under clinical observation for 20 years and were subjected to repeated examinations.

Keywords: digestive organs, structure of morbidity, dispensary groups, dynamics.

Введение. Высокая заболеваемость населения РС (Я) хроническими болезнями органов пищеварения, характеризующимися многообразием этиологических причин и значительным своеобразием клинко-патогенетических особенностей и тяжестью осложнений, необходимость разработки новой стратегии охраны здоровья населения, адекватной современным социально-экономическим и экологическим условиям, определяют актуальность темы. Мониторинг состояния здоровья населения, проводимый с 1980 г., позволил иметь объективную информацию, необходимую для комплексного изучения механизмов формирования болезней желудочно-кишечного тракта в условиях Севера.

Материалы и методы исследования. Профилактический медицинский осмотр в 1980 г. прошли 422 жителя с. Вилучан Сунтарского района (171 мужчина и 251 женщина), при общей численности взрослого населения 495 чел., или 85,25% всего населения села. Ко времени повторного осмотра в 1990 г. из первично осмотренных было 189 чел., из них 135 в связи с выездом и 54 по причине смерти. В 1990 г. обследованы повторно 233 чел. Более половины из них были людьми молодого возраста, от 18 до 40 лет. Лица

старшего возраста, от 60 лет и более, составили 17,6%.

В 2001 г. из 422 подлежащих осмотру по списочному составу взрослого населения обследовано 69,19%, в том числе 134 пациента, состоящих на диспансерном учете с 1980 г.

Результаты и обсуждение. Согласно данным профилактического медицинского осмотра в динамике, общая заболеваемость взрослого населения с. Вилучан Сунтарского района характеризуется высокими показателями, как в 1980 г., так и в 1990 г., и имеет тенденцию к нарастанию в последующие годы.

В структуре общей заболеваемости болезни органов пищеварения занимают ведущее 1-е место. На 2-м месте находятся болезни системы кровообращения, на 3-м – в 1980 и 1990 гг. болезни органов дыхания.

В 2001 г. на 3-е место вышли болезни мочеполовых органов (рис.1). На 4-м месте в структуре общей заболеваемости взрослого населения – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

В динамике за 1980-1990-2001 гг. рост показателей заболеваемости населения наблюдается по многим классам болезней: системы кровообращения, органов пищеварения, костно-мышечной системы и соединительной ткани, нервной системы, мочеполовых органов за счет мочекаменной болезни и мочекишечных диатезов. Особо следует отметить рост гельминтозов.

В 1980 г. практически здоровых было 76 чел. (18% от числа осмотренных), в 1990 г. – 14 (3,7%), в 2001 г. практически здоровыми признаны лишь 6 чел. (рис.2).

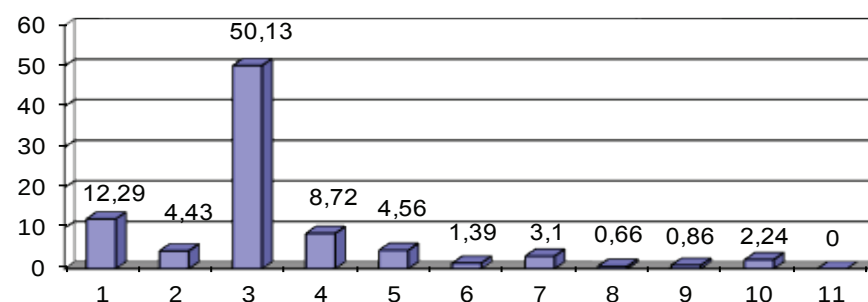


Рис.1. Заболеваемость населения с. Вилучан Сунтарского района по данным профосмотра 2001 г. Болезни: 1 – системы кровообращения, 2 – органов дыхания, 3 – органов пищеварения, 4 – мочеполовых органов, 5 – костно-мышечной системы и соединительной ткани, 6 – эндокринной системы, 7 – крови и кроветворных органов (анемия), 8 – нервной системы, 9 – туберкулез органов дыхания, 10 – гинекологические болезни, 11 – прочие

МИ СВФУ им. М.К. Аммосова: **ЕМЕЛЬЯНОВА Эльвира Андреевна** – к.м.н., доцент, Elviraemelyanova03@mail.ru, **САФОНОВА Светлана Лукинична** – к.б.н., зав. УНИЛ, pnll_unir@mail.ru.

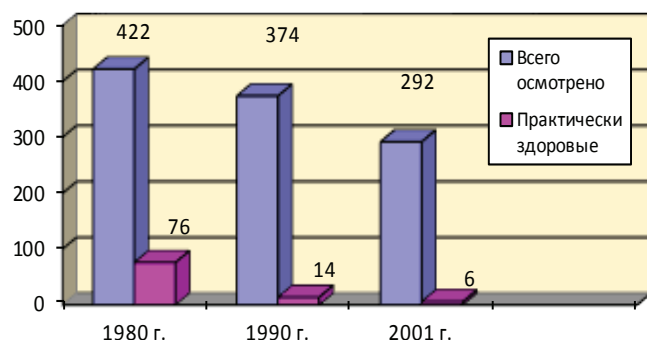


Рис.2. Контингент практически здоровых по данным профосмотров в динамике

Лица, признанные практически здоровыми во время профилактического осмотра, составили 180,1‰ в 1980 г., 37,7 – в 1990, 20,54‰ в 2001 г.

Анализ гастроэнтерологической заболеваемости населения с. Вилючан, по данным профилактических осмотров, проведенных в 1980-1990-2001 гг., показывает высокую распространенность болезней органов пищеварения и их неуклонный рост в динамике.

Наиболее распространены болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, хотя в последние годы отмечается их снижение по болезненности и по удельному весу (рис. 3).

В то же время отмечается статистически достоверный рост в 1990 г. болезней гепатобилиарной системы, поджелудочной железы и их резкий рост в 2001 г. с 4-кратным увеличением числа больных постхолецистэктомическим синдромом. Распространенность болезней толстой кишки продолжает оставаться на высоком уровне и в 2001 г., но наиболее высокие показатели, превышающие данные 1980 г. в 5,7 раза, были отмечены в 1990 г.

В с. Вилючан в течение 20 лет под диспансерным наблюдением находились 134 чел., охваченные повторным медицинским осмотром, как в 1990 г., так и в 2001 г., из которых 103 были осмотрены в 1997 г.

44 пациента из 103 гастроэнтерологических больных, обследованных в 1997 г., в 1980 г. были практически здоровыми, 11 из них были тогда в детском и подростковом возрасте. По возрасту – это люди, ставшие старше (по сравнению с 1980 г.) на 20 лет.

В структуре заболеваемости преобладает патология органов пищеварения с последовательным ростом показателей (рис. 4).

Наиболее высокие темпы роста показателей заболеваемости харак-

терны для болезней гепатобилиарной системы, поджелудочной железы.

При диспансерном осмотре в 2001 г. гастроэнтерологическое обследование прошли 68 чел. (28 мужчин и 40 женщин) из 103 пациентов предыдущего осмотра 1997 г. В динамике выявлено нарастание болезней желудочно-кишечного тракта – с 237 случаев в 1997 г. до 293 в 2001 г., главным образом у женщин – со 143 до 181 случая.

В структуре гастроэнтерологической заболеваемости отмечается снижение удельного веса болезней пище-

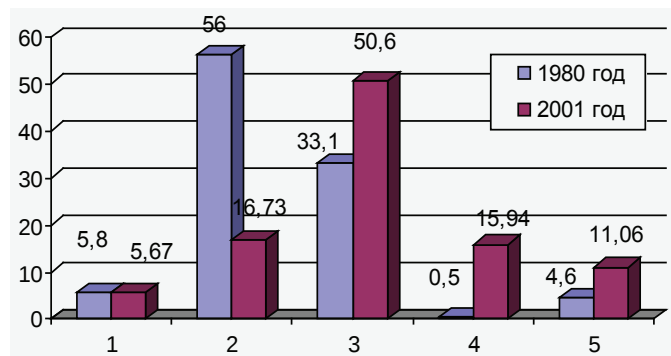


Рис.3. Гастроэнтерологическая заболеваемость населения с. Вилючан. В рис. 3-5 Болезни: 1 – пищевода, 2 – желудка и двенадцатиперстной кишки, 3 – гепатобилиарной системы, 4 – поджелудочной железы (панкреатит), 5 – кишечника

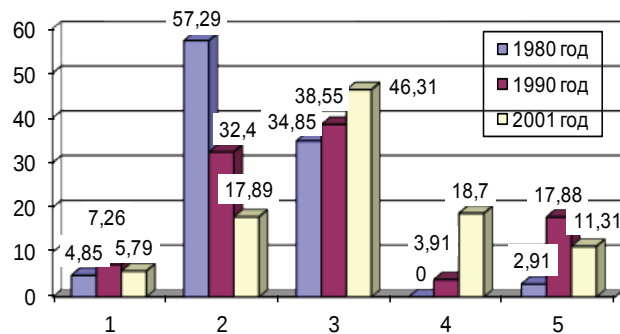


Рис.4. Структура гастроэнтерологической заболеваемости в динамике

вода, желудка, двенадцатиперстной кишки и кишечника при увеличении болезней гепатобилиарной системы и поджелудочной железы (рис.5).

При одинаковом абсолютном числе больных с патологией пищевода

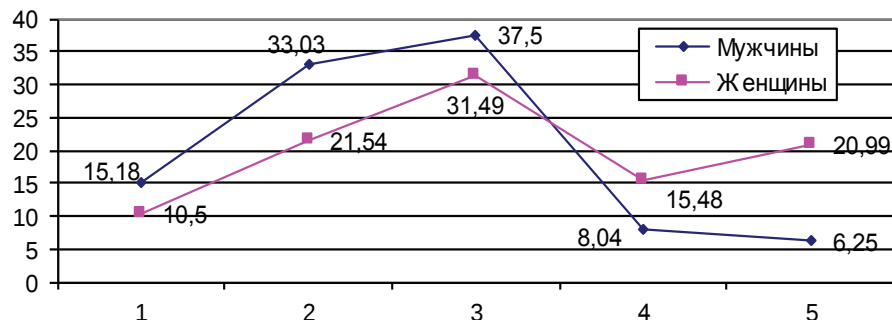
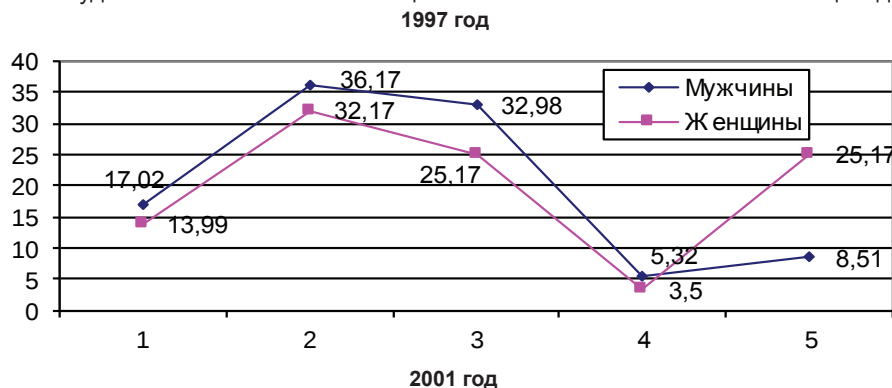


Рис.5. Структура гастроэнтерологической заболеваемости

в сравниваемые годы среди мужчин произошло увеличение случаев гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, главным образом эрозивного эзофagита II и III степени выраженности. Высокий процент хронических гастритов с гипосекрецией и ахлоргидрией в последние десятилетия можно связать с возрастом больных, ставших ко времени последних двух обследований старше на 17-20 лет.

Характер изменений слизистой желудка, подтвержденный морфоэндоскопическими исследованиями, прослежен на 29 здоровых и 40 больных хроническим гастритом, обследованных в динамике с интервалом 20; 10; 7 лет и 3 года. В динамике четко прослеживается нарастание патоморфологических изменений в слизистой желудка как у практически здоровых, так и у больных поверхностным гастритом. Уже в 1990 г. практически здоровой признана лишь одна женщина, у остальных пациентов, здоровых при первом осмотре, отмечены гастритические изменения слизистой желудка. Усугубление дисрегенераторных деструктивных изменений слизистой желудка со стойким снижением уровня кислотообразования отмечено у 28 из 40 больных хроническим гастритом.

Эзофагогастродуоденоскопия, проведенная в динамике 4 раза с 1980 по 2001 г., свидетельствует о вовлечении в патологический процесс пищевода, двенадцатиперстной кишки, гепатобилиарной системы, а также о нарушении моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта.

Многoletние эндоскопические наблюдения за практически здоровыми лицами и больными с различными формами хронического гастрита подтверждают прогрессирование изменений слизистой желудка с возрастом больного и отсутствие обратного развития атрофического гастрита. У больных хроническим гастритом, независимо от его клинико-морфологического варианта, наслоение патологии других органов пищеварительного тракта усугубляет течение основной болезни.

Воздействие различных экзогенных и эндогенных факторов на развитие хронических процессов прослежено на 102 больных гастритом с пониженной секрецией, осмотренных в динамике на основании анализа анамнестических данных по 12 факторам. Средний возраст мужчин составил $49,04 \pm 0,95$ года, женщин – $50,92 \pm 1,69$ года. За 10 лет (1980-1990 гг.) при сохраненном среднем росте $154,2 \pm 0,9$ см масса тела увеличилась с $56 \pm 0,01$ до $58,7 \pm 0,97$ кг.

Наследственная отягощенность по онкологическим заболеваниям выявлена у 33 больных (32,3%) при отчетливом преобладании отягощенности по отцовской линии ($19,6 \pm 3,91\%$), наследственная отягощенность по материнской линии отмечена у $8,82 \pm 8,1\%$ больных, по линии обоих родителей и прямых родственников – $0,98 \pm 0,97$ и $2,94 \pm 1,67\%$ соответственно.

Из 102 больных не курит большинство, включая бросивших курить по рекомендации врачей в связи с заболеванием ($59,8 \pm 4,85\%$), постоянно курят не менее пачки в день $38,24 \pm 4,81\%$ больных. Совершенно не употребляют алкогольные напитки $16,67 \pm 3,19\%$ больных, редко употребляющие составили $54,9 \pm 4,92\%$. Употребление алкоголя раз в месяц отмечено у $7,84 \pm 2,66\%$ больных, регулярно пьющих раз в неделю – $8,82 \pm 2,81\%$, бросивших пить по разным причинам было 9 чел. ($8,82 \pm 2,8\%$).

Одним из факторов риска заболевания органов пищеварения является кариес зубов, отмеченный у всех больных, обследованных в динамике. Существенную роль в развитии заболевания органов пищеварения имеют алиментарные факторы. При этом особое место занимает нарушение режима питания ($62,75 \pm 4,7\%$), заключающееся в нерегулярном питании (с длительными промежутками времени между приемами пищи, перееданием в вечернее время). Удовлетворительное по качеству питание отмечено у $92,16 \pm 2,66\%$ больных, хорошее – у $6,86 \pm 2,5\%$, неудовлетворительное питание констатировано у одного. В суточном рационе у больных этой группы преобладают мясо ($79,41 \pm 4,0\%$), молоко и молочные продукты ($82,35 \pm 3,77\%$), хлеб и мучные изделия ($90,2 \pm 2,94\%$). Наличие рыбы в продуктовом наборе отмечается у $33,3 \pm 6,6\%$ больных. Свежие овощи в питании носят сезонный характер и регулярный их прием в период обследования выявлен у $8,82 \pm 2,85\%$ больных. Следует отметить некоторую тенденцию к злоупотреблению сладостями и жирной пищей ($8,82 \pm 2,81$ и $17,64 \pm 3,77\%$ соответственно).

Сопряженность заболеваний органов пищеварения с группой крови показана на 46 больных хроническим гастритом с пониженной секрецией. Среди обследованных наибольший процент составили люди с А (II) группой крови ($41,3\%$). Больных с 0 (I) и В (III) группой крови было по 11 чел. ($23,9\%$), А (IV) группа крови выявлена у 5 больных ($10,9\%$).

Средний возраст больных хроническим гастритом с пониженной секрецией соответствовал 50 годам, который, возможно, может быть отнесен к факторам онкологического риска в связи с гормональными изменениями и обменными сдвигами, характерными для данного возрастного периода.

На основании обобщения данных изложенные выше экзогенные и эндогенные факторы необходимо рассматривать как факторы, способствующие возникновению патологического процесса и его хронизации.

Заключение. Многолетние клинико-эпидемиологические исследования, проведенные в динамике в с. Вилючан Сунтарского района Республики Саха (Якутия), показывают повышение уровня общей заболеваемости взрослых, что свидетельствует о прогрессирующем ухудшении состояния здоровья населения. Полученные данные коррелируются со статданными МЗ РС(Я). За период 1997-2001 гг. произошло увеличение показателей заболеваемости болезнями гепатобилиарной системы, главным образом за счет болезней желчного пузыря и желчевыводящих путей. Отмечена тенденция к омоложению желчнокаменной болезни. Это связано, как нам кажется, не только с улучшением диагностики, но и прежде всего истинным количественным ростом болезни. Среди причин, приводящих к росту желудочно-кишечных болезней, необходимо выделить обменные нарушения, гиподинамию, изменение образа жизни, связанные с социально-экономическими преобразованиями.

В структуре гастроэнтерологической заболеваемости ведущая роль принадлежит болезням гепатобилиарной системы, поджелудочной железы и кишечника. Динамическое обследование с интервалом 10 лет позволяет оценить степень прогрессирования дисрегенераторных и дистрофических процессов слизистой желудка, риск трансформации в более тяжелые формы хронического гастрита, наслоение осложнений пищевода и кишечника.

Гипомоторные дискинезии желчевыводящих путей, преобладающие среди коренного населения, независимо от их возраста, приводят к развитию вторичных воспалительных процессов в желчном пузыре. Вызывает особую тревогу рост гельминтозов и болезней желчного пузыря паразитарной этиологии.

Эндоскопические исследования с морфологической верификацией, проведенные в динамике у практически

здоровых людей и у больных хроническим гастритом, подтверждают прогрессирование патоморфологических изменений в слизистой желудка с возрастом пациента, что необходимо учи-

тывать при разработке лечебно-профилактических мероприятий.

Анализ кислотообразующей функции слизистой желудка, проведенный в динамике на одних и тех же больных,

показывает наличие взаимосвязей секреторной функции желудка с изменением состояния слизистой желудка с возрастом больных.

А.Р. Баишева, С.Н. Алексеева, Е.Ф. Аргунова, А.Л. Сухомясова, К.К. Павлова, М.Е. Никифорова, Г.И. Данилова, А.Ф. Желобцова

РЕЗУЛЬТАТЫ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА НА АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ В РС(Я) ЗА 10 ЛЕТ

УДК 616.453: 616-072.5

В статье приведены результаты неонатального скрининга на аденогениальный синдром (АГС) в РС(Я) за 2006-2016 гг. Установлено, что распространенность аденогениального синдрома в РС(Я) ниже, чем в РФ и других регионах. Анализ данных не выявил достоверных различий по месту жительства, половому признаку, национальности, состоянию здоровья при рождении, физическим параметрам, уровню шкалы Апгар. Во всех случаях встречалась сольтеряющая форма заболевания. Врачам неонатологам и педиатрам необходимо своевременно направлять на ретест новорожденных с повышенными результатами, иметь настороженность по АГС, внимательно проводить осмотр наружных половых органов. Организация неонатального скрининга на аденогениальный синдром в РС(Я) позволила добиться высокого процента обследования новорожденных, сокращения сроков обследования и раннего начала заместительной терапии, предотвращения инвалидизации пациентов.

Ключевые слова: врожденная дисфункция коры надпочечников, неонатальный скрининг, новорожденный, частота.

The results of neonatal screening in the RS (Ya) on congenital dysfunction of the adrenal cortex (AGS) for 2006-2016 are presented in the article. We revealed, that the prevalence of adrenogenital syndrome in the RS (Ya) was lower than in the Russian Federation and other regions. Analysis of the data did not reveal any specific features by place of residence, gender, nationality, state of health at birth, physical parameters and by the Apgar score. All patients have a salt-losing form of disease. It is necessary for doctors neonatologists and pediatricians to send timely to the retest of newborns with increased results, to be wary of AGS, carefully inspect the external genitalia. The organization of neonatal screening for adrenogenital syndrome in the RS (Y) allowed achieving a high percentage of the survey of newborns, reduction of the period of examination and early initiation of substitution therapy, prevention of disability of patients.

Keywords: congenital adrenal cortex dysfunction, neonatal screening, newborn, frequency.

Введение. Врожденная дисфункция коры надпочечников (ВДКН, аденогениальный синдром (АГС), врожденная надпочечниковая гиперплазия) – группа заболеваний с аутосомно-рецессивным типом наследования, в основе которых лежит дефект одного из ферментов или транспортных белков, принимающих участие в биосинтезе кортизола в коре надпочечников [3].

Впервые заболевание описано Phillips в 1886 г. как псевдогермафро-

дитизм у девочки в возрасте 19 дней. В 1924 г. О.В. Верещинский впервые в отечественной литературе привел сведения о 12 случаях надпочечно-полового синдрома. В 1950-1952 гг. F.C. Bartter, F. Albright, A. Leaf, E. Dempsey, E. Carroll, L. Wilkins была расшифрована сущность этого заболевания – нарушение биосинтеза гидрокортизона. ВДКН – наиболее частая патология надпочечников у детей (1 случай на 5000 родившихся).

Неонатальный скрининг способствует ранней диагностике АГС, особенно у мальчиков до развития клинических симптомов, раннему началу заместительной терапии и благополучной социальной адаптации детей. Охват новорожденных неонатальным скринингом в РС(Я) ежегодно растет. При своевременном лечении аденогениального синдрома темпы физического развития и полового созревания ребенка приближаются к норме.

Материалы и методы исследования. С целью организации скрининга, внедрения новых методов, организации диагностической и лечебной помощи изданы: приказ Министерства здравоохранения РС(Я) от 20 марта 2006 г. 01-8/4-134а «О ходе реали-

зации мероприятий раздела национального проекта «Здоровье» по обследованию новорожденных детей на наследственные заболевания»; приказ РБ№1-НЦМ от 31 августа 2006 г. №01-0108/91 «Об оказании медицинской помощи детям с муковисцидозом, аденогениальным синдромом, галактоземией, фенилкетонурией и врожденным гипотиреозом, выявленные по неонатальному скринингу» [5]. Процедура скрининга включает в себя забор крови у доношенных новорожденных на 4-е сут жизни, у недоношенных – на 7-е сут и определение в образцах уровня 17-гидроксипрогестерона (17-ОНП) с помощью специальных наборов для скрининга. Уровень 17-ОНП в образцах крови определяется иммунофлюоресцентным методом (тест-наборы «Delfia 17-α-ОН Прогестерон», Финляндия и «17-α-ОН-Прогестерон-Иммуноскрин», Россия). При интерпретации показателей 17-ОНП учитываются следующие положения:

уровень 17-ОНП для доношенных детей (срок гестации более 37 недель, масса тела более 2000 г) в норме составляет до 30 нмоль/л;

при уровне 17-ОНП 30-90 нмоль/л

МИ СВФУ им. М.К. Аммосова: **БАИШЕВА Antonina Revor'yevna** – врачординатор, chemporova91@mail.ru, **АЛЕКСЕЕВА Саргылана Николаевна** – доцент, sargylanao@mail.ru, **АРГУНОВА Елена Филипповна** – доцент, eargunova@mail.ru, **СУХОМЯСОВА Айталину Лукична** – зав. учебно-науч. лаб. «Геномная медицина», зав. Медико-генетическим центром РБ№1-НЦМ, AitalinaS@yandex.ru; РБ№1-НЦМ: **ПАВЛОВА Кюнная Константиновна** – врач-лаборант генетик Медико-генетического центра ПНЦ, kunnaravlova@mail.ru, **НИКИФОРОВА Маргарита Егоровна** – зав. отд. ПЦ, N_kynnei@mail.ru, **ДАНИЛОВА Галина Ивановна** – к.м.н., детский эндокринолог ПЦ, гл. внештатный детский эндокринолог МЗ РС(Я), dan_galina@mail.ru, **ЖЕЛОБЦОВА Аяна Федотовна** – врач-детский эндокринолог ПЦ, aynazhe@gmail.ru.