

УДК 616.33/34-036.22(571.63)

В.К. Ковальчук, И.Л. Иванова

Владивостокский государственный медицинский университет

ЭКОЛОГО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

Ключевые слова: желудочно-кишечный тракт, соматическая патология, географическое распространение, эпидемиологический риск.

Изложены результаты эколого-эпидемиологической оценки географического распределения показателей первичной заболеваемости (incidence) и атрибутивного риска возникновения гастрита, дуоденита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, неинфекционного энтерита и колита в Приморском крае за 15-летний период наблюдения. Выявлена преимущественная локализация максимальных значений первичной заболеваемости и атрибутивного риска развития гастрита и дуоденита в сельских районах края с наиболее дискомфортными условиями проживания населения на фоне отсутствия техногенного загрязнения окружающей среды.

Болезни органов пищеварения занимают одно из первых мест в структуре соматической заболеваемости взрослого и детского населения. Наиболее распространенными являются хронический гастрит и язвенная болезнь желудка [5, 17, 19]. Имея склонность к частым рецидивам, вовлекая в патологический процесс другие органы системы пищеварения, приводя к осложнениям, угрожающим жизни больных, эти заболевания довольно часто становятся причиной временной и стойкой нетрудоспособности, особенно у лиц молодого возраста [1—3, 5, 16]. Для территории Приморского края характерны многолетний рост и высокий уровень распространенности соматической патологии органов пищеварительной системы. Высказываются предположения, что одним из приоритетных факторов риска здесь может быть неблагоприятное влияние социально-экономической ситуации и региональных особенностей окружающей среды.

Несмотря на многочисленные работы в данной области, вопросы зависимости состояния здоровья населения от качества среды обитания остаются нерешенными, особенно в региональном аспекте [4, 7, 16, 18]. Практически не изучена роль географических факторов в развитии заболеваний органов пищеварения в различных возрастных группах. Это обстоятельство, очевидно, является одной из причин низкой эффективности мероприятий по первичной профилактики этих заболеваний, проводимых на Дальнем Востоке страны.

Настоящее исследование было направлено на выявление региональных особенностей распространения неинфекционной патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) на территории Приморского края методами эколого-эпидемиологического анализа.

Случаи заболеваний ЖКТ у населения учтены с помощью показателя первичной заболеваемости

(incidence — по терминологии ВОЗ), так как этот показатель в наилучшей мере характеризует риск возникновения заболевания у здорового человека [14]. Для исследования взят пятнадцатилетний период наблюдений (1991—2005 гг.), что является достаточным с позиций эпидемиологического анализа. Данные по регистрируемой заболеваемости хроническим гастритом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, неинфекционным энтеритом и колитом собраны в региональном медицинском информационно-аналитическом центре по 33 административным территориям Приморского края. Заболеваемость анализировалась отдельно по детскому (0—14 лет), подростковому (15—17 лет) и взрослому (18 лет и старше) населению.

Первичные материалы обработаны традиционными методами вариационной статистики. В ходе статистической обработки вычислялись среднегодовые показатели первичной заболеваемости по отдельным административным образованиям края. Оценка особенностей территориального распределения уровней изучаемой заболеваемости выполнена с помощью традиционных приемов медицинского картографирования.

Эпидемиологический риск возникновения болезней ЖКТ у населения оценивался по показателю атрибутивного риска. Его расчет выполнен по алгоритму Московского НИИ гигиены им. Ф. Ф. Эрисмана, составленному с учетом специфики медико-гигиенических исследований [6]. Такой подход позволяет выделять и оценивать риск неблагоприятных эффектов, связанных с воздействием антропогенных и природных факторов среды обитания. Алгоритм базируется на определении многолетнего фонового показателя изучаемой заболеваемости, величина которого служит основой для расчета атрибутивного риска здоровью населения, проживающего на территориях, контрастно различающихся по параметрам качества среды обитания. Рассматриваемый алгоритм также предусматривает процедуру ранжирования территорий исследуемого региона по пяти категориям выраженности эпидемиологического риска.

Анализ многолетней динамики заболеваемости ЖКТ показал, что в Приморском крае отмечается рост изучаемой патологии среди детской возрастной группы. Темп прироста с 1991 по 2005 г. по гастриту и дуодениту составил 3,4%, по язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки — 1,05%, по не-

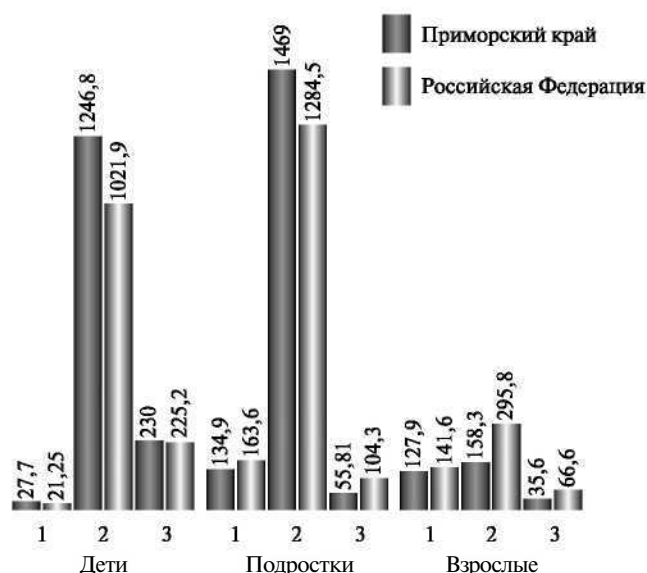


Рис. 1. Первичная заболеваемость ЖКТ в Приморском крае и Российской Федерации за 1991–2005 гг. (на 100000 населения).

1—язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки; 2—гастрит и дуоденит; 3—неинфекционный энтерит и колит.

инфекционному энтериту и колиту — 2,3%. Причем в детской возрастной группе среднекраевые значения заболеваемости превышали общероссийские показатели по всем трем нозологиям, что подтверждает актуальность данных исследований и может свидетельствовать о неблагоприятном воздействии на население региональных факторов. Среднекраевая заболеваемость гастритом и дуоденитом превышала аналогичный показатель по язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и неинфекционному энтериту и колиту во всех возрастных группах (рис. 1).

Установлено, что географическое распределение среднемноголетних уровней первичной заболеваемости гастритом и дуоденитом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в Приморье, в отличие от заболеваемости энтеритом и колитом, в общих чертах совпадало во всех возрастных группах. При этом выявлена четкая привязка зон повышенной заболеваемости к некоторым географическим особенностям — население чаще страдает болезнями ЖКТ в северной части края и вдоль восточного морского побережья. Наиболее наглядно особенности такого географического распределения демонстрируют показатели заболеваемости детского населения (рис. 2). В свою очередь картографирование заболеваемости неинфекционным энтеритом и колитом продемонстрировало мозаичный характер ее географического распределения во всех возрастных группах населения без какой-либо зональности.

Результаты расчета атрибутивного риска показывают, что в Приморском крае на гастрит и дуоденит приходится наибольшее количество административных территорий с категориями эпидемиологического риска «очень высокий» и «высокий». Данная закономерность наиболее четко прослеживается в детской и подростковой возрастных группах. Максимальное число административных территорий с категорией риска «очень высокий», а также наибольшее среднее значение атрибутивного риска приходится на неинфекционный энтерит и колит у детского населения края. Для язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки характерно преобладание территорий с категориями риска «низкий» и «умеренный». Средние значения показателя риска развития этой патологии во всех возрастных группах незначительны (табл. 1).

Таблица 1

Атрибутивный риск возникновения болезней ЖКТ у населения Приморского края

Категория риска	Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки		Гастрит и дуоденит		Энтерит и колит	
	Число территорий	Среднее значение риска	Число территорий	Среднее значение риска	Число территорий	Среднее значение риска
Дети						
Низкий	14	0	2	0	5	0
Умеренный	10	0,005±0,001	6	0,126±0,06	5	0,028±0,1
Повышенный	7	0,047±0,02	5	0,969 ± 0,6	6	0,009±0,003
Высокий	2	0,194±0,27	12	1,854±0,48	2	0,281±0,75
Очень высокий	0	0	8	8,559±1,25	15	10,409±0,89
Подростки						
Низкий	12	0	1	0	18	0
Умеренный	16	0,058±0,06	2	0,176±0,08	9	0,045±0,02
Повышенный	5	0,225±0,26	7	1,069±0,42	3	0,441±0,58
Высокий	0	0	8	2,047±0,8	1	0,516
Очень высокий	0	0	15	7,565±2,4	2	1,486±0,02
Взрослые						
Низкий	9	0	3	0	12	0
Умеренный	17	0,049±0,006	8	0,043±0,008	16	0,022±0,004
Повышенный	6	0,184±0,21	11	0,204±0,15	4	0,138±0,1
Высокий	0	0	2	0,329±0,09	1	0,294
Очень высокий	1	0,709	9	1,099±0,4	0	0

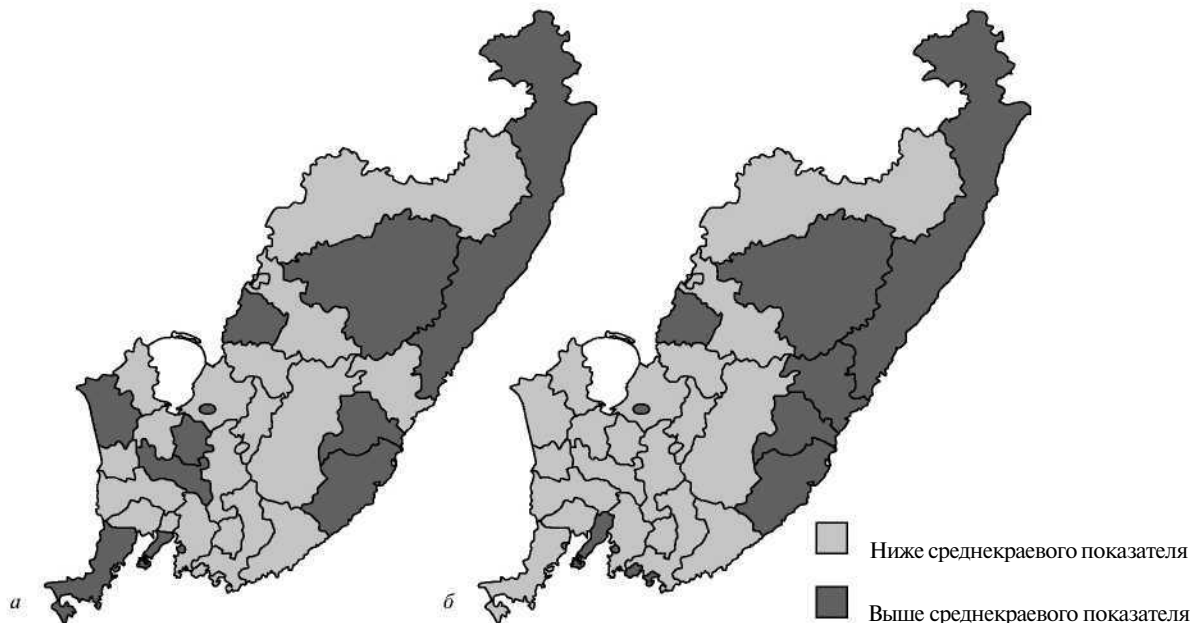


Рис. 2. Первичная заболеваемость гастритом и дуоденитом (а) и язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки (б) детского населения Приморского края за 1991—2005 г. (среднекраевые показатели по данным нозологиям равны 822,44 и 27,67% соответственно).

Сравнение средних величин атрибутивного риска возникновения болезней ЖКТ у населения городских и сельских поселений демонстрирует, что эпидемиологический риск для гастрита и дуоденита наиболее выражен у детей и подростков. Причем у детского населения наиболее четко прослеживается преобладание риска в сельских районах края, что, вероятно, свидетельствует о ведущей роли факторов окружающей среды в возникновении исследуемой патологии в детском возрасте. У подростков зафиксирована обратная ситуация — максимальная выраженность риска возникновения гастрита и дуоденита в городах (табл. 2). Такой результат, по нашему мнению, объясняется искажением «истинных» уровней первичной заболеваемости ЖКТ, вносимым процессом миграции подростков из сельских районов для дальнейшего обучения в города края. Для взрослого населения величина атрибутивного риска менее выражена, но она выше на сельских территориях.

Для язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки величина атрибутивного риска выше в сельских районах Приморского края как в детской, так и подростковой группах. Среди взрослого населения риск возникновения этой патологии, в отличие от гастрита и дуоденита, выше в городах края.

Средние величины эпидемиологического риска возникновения неинфекционного энтерита и колита в городах и селах края практически одинаковы во всех возрастных группах. Различия между величинами риска у детского и взрослого населения не имеют статистической значимости. Следует отметить, что регионы, которые рассматриваются нами как территории максимального риска возникновения болезней ЖКТ, относятся к районам края, малоосвоенным в экономическом отношении, с отсутствием, в боль-

шинстве случаев, мощных источников промышленного загрязнения окружающей среды.

Результаты нашего исследования позволяют прийти к заключению, что региональные особенности Приморского края оказывают влияние на развитие у населения неинфекционной патологии ЖКТ. Причем это неблагоприятное влияние в максимальной степени проявляется в детском возрасте. Именно региональными причинами можно объяснить факт более высокой первичной заболеваемости детского населения края всеми охваченными нозологиями, чем в целом по стране (рис. 1). Известно, что изучаемый регион отличается наличием природной биогеохимической провинции с выраженным дисбалансом и дефицитом многих биогенных элементов, характерным минеральным составом питьевых вод, низким уровнем жизни и др. [8, 9, 10]. По материалам научной литературы эти особенности среды обитания могут быть экзогенными факторами риска язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, гастрита, дуоденита, неинфекционного энтерита и колита [11—13, 15]. Детское население при этом в максимальной степени испытывает влияние региональных факторов, так как детский организм обладает повышенной чувствительностью к внешним воздействиям вследствие его незрелости в анатомо-физиологическом отношении.

В условиях Приморья детское население является также возрастной группой риска возникновения исследуемой патологии ЖКТ. Это наглядно подтверждается показателями темпа прироста первичной заболеваемости по всем нозологиям, а также результатами расчета атрибутивного риска. Наибольшее число административных территорий края с категориями риска «очень высокий» и «высокий» приходится именно

Таблица 2

Средние величины ($M \pm m$) атрибутивного риска возникновения болезней ЖКТ населения городских и сельских административных территорий Приморского края

Болезни	Города (n=12)	Сельские районы (n=21)	p
Дети			
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	0,017±0,006	0,026±0,003	>0,05
Гастрит и дуоденит	1,047±0,72	3,539±1,82	<0,05
Энтерит и колит	4,652±3,8	4,053±3,2	>0,05
Подростки			
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	0,109±0,04	0,036±0,001	<0,05
Гастрит и дуоденит	4,893±0,25	3,747±0,07	<0,05
Энтерит и колит	0,198±0,14	0,135±0,09	>0,05
Взрослые			
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	0,105±0,01	0,062±0,007	<0,05
Гастрит и дуоденит	0,247±0,16	0,484±0,15	<0,05
Энтерит и колит	0,039±0,012	0,038±0,011	>0,05

на детей (табл. 1). Этот вывод соответствует данным литературы по теме работы: повышенный риск развития соматической патологии ЖКТ у детей отмечают многие авторы, проводившие исследования в других географических зонах [1, 2, 5].

Выявленные в ходе исследования статистически значимые величины атрибутивного риска развития гастрита и дуоденита у детского и взрослого населения в сельской местности, вероятно, свидетельствует о ведущей роли неблагоприятных социально-экономических и природных факторов в провоцировании патологии. Данный вывод подкрепляется фактом большего употребления сельскими жителями местных продуктов питания и колодезной воды, химический состав которых в максимальной степени отражает геохимическую ситуацию региона. Значимость некоторых факторов природного происхождения и низкого уровня жизни в патогенезе неинфекционной патологии ЖКТ подтверждается рядом исследований [4, 9, 10].

Локализация максимальных уровней среднемноголетней заболеваемости детского населения гастритом, дуоденитом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в сельских районах, где отсутствуют мощные источники антропогенного загрязнения окружающей среды, также свидетельствует о преобладающем влиянии региональных природных и социальных факторов на развитие этих болезней (рис. 2).

Для подросткового населения прослеживается обратная ситуация — величины эпидемиологического риска преобладают в городах края (табл. 2), что, по всей видимости, объясняется большим удельным весом влияния индивидуальных факторов образа жизни (нерациональные режимы питания и отдыха, учеба, вредные привычки и т.д.), типичные для этой возрастной группы.

Таким образом, выполненное исследование свидетельствует о необходимости идентификации приоритетных природных и социальных факторов риска развития соматических заболеваний ЖКТ у жителей региона. Результаты анализа позволяют наметить в пределах края очередность проведения мероприятий по профилактике данной патологии на популяционном уровне.

Выводы

1. Географическое распределение гастрита и дуоденита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в Приморье характеризуется преимущественной локализацией высоких уровней первичной заболеваемости в северной части и вдоль восточного морского побережья, где отмечаются наиболее дискомфортные условия среды обитания и низкий уровень жизни.

2. Преобладание величин атрибутивного риска развития гастрита и дуоденита в сельской местности, где отсутствуют мощные источники техногенного загрязнения окружающей среды, указывает на участие региональных природных и социально-экономических факторов в провоцировании данной патологии у детского и взрослого населения края.

3. Дети являются возрастной группой риска возникновения изученных соматических заболеваний желудочно-кишечного тракта в Приморском крае.

Литература

1. Волков А.И., Усанова Е.П. // *Российский педиатрический журнал*. — 2000. — №2. — С. 61—63.
2. Вельтищев Ю.В. // *Российский педиатрический журнал*. — 1999. — №3. — С. 1-2.
3. Голенков А.А., Дридж Н.Л., Малышева Н.Н. // *Гигиена и санитария*. — 1997. — №6. — С. 69—71.

4. Гучек П. А. Влияние окружающей среды на формирование болезней органов пищеварения : автореф. дис..... канд. мед. наук. — Липецк, 2001.
5. Дорофеев Г.И., Успенский В.М. Гастродуоденальные заболевания в молодом возрасте. — М., 1984.
6. Егорова И.П., Марченко Б.И. Оценка эпидемиологического риска здоровью на популяционном уровне при медико-гигиеническом ранжировании территорий : пособие для врачей. — М., 1999.
7. Ивлева Н.А., Сабирова З.Ф. // Экология человека. — 2000. - № 2. - С. 5-7.
8. Иванов Г. И. Почвообразование на юге Дальнего Востока. — М.: Наука, 1976.
9. Ковальчук В.К., Иванова И.Л., Глушак А.Я. и др. // Тихоокеанский мед. журнал. — 2006. — № 3, прил. — С. 97-99.
10. Ковальчук В.К., Маслов Д.В. // Тихоокеанский мед. журнал. - 2006. - №3. - С. 60-63.
11. Кальченко Е.И. // Современное здравоохранение. — 1991. - №5. - С. 46-51.
12. Логинов А.С., Касьяненко В.И., Алексеев В.Ф. и др. // Соц. гигиена и организация здравоохранения. — 1986. - № 9. - С. 65-67.
13. Лутай Г.Ф. // Гигиена и санитария. — 1992. — № 2. — С. 13-15.
14. Марченко Б.И. Здоровье на популяционном уровне: статистические методы исследования : руководство для врачей. — Таганрог: Сфинкс, 1997.
15. Мудрый И. В. // Гигиена и санитария. — 1999. — № 1. - С. 15-18.
16. Экология и здоровье детей / под ред. М. Я. Студеникина, А.А. Ефимовой. — М., 1998.
17. Leoci C., Ierardi E., Chiloiro M. // J. Clin. Gastroenterol. - 1995. - Vol. 20, No. 2. - P. 104-109.
18. Szymozak J., Ilow R., Regulska-Ilow B. // Roczn. Panstw. Zakl. Hig. - 1993. - Vol. 44, No. 4. - P. 331-346.
19. Tovey F.I. // J. Gastroenterol. Hepatol. - 1992. - Vol. 7, No. 4. - P. 427-431.

Поступила в редакцию 08.04.2008.

ECOLOGICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF THE DISTRIBUTION OF A SOMATIC PATHOLOGY OF THE GI TRACT IN PRIMORYE

V.K.Kovalchuk, I.L.Ivanova
Vladivostok State Medical University

Summary — Results of the ecologic and epidemiologic estimations of a geographic distribution of parameters of primary disease (incidence) and attributive risk of gastritis, duodenitis, ulcer disease, not infectious enteritis and colitis in Primorsky Krai for 15-year period of supervision are stated. Primary localization of the maximal values of primary disease and attributive risk of development of gastritis and duodenitis in rural areas with the most discomfort conditions for the population on a background of absence of the technogenic environmental contaminations is revealed.

Key words: GI tract, somatic pathology, geographical distribution, epidemiological risk.

Pacific Medical Journal, 2008, No. 3, p. 37-41.

УДК 616.89-02:[616.12+616.4(571.63)]

С.П. Генайло

Владивостокский государственный медицинский университет

ПРОБЛЕМЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

Ключевые слова: психосоматические расстройства, инфаркт миокарда, сахарный диабет, соматоформная вегетативная дисфункция.

Изучено влияние социально-биологических факторов на формирование соматоформной вегетативной дисфункции у 128 человек и на частоту психических нарушений у 183 больных инфарктом миокарда и 111 больных сахарным диабетом. Психосоматические расстройства возникли у личностей со сниженной толерантностью к психотравмам, обусловленной пограничными психическими расстройствами. В клинической картине указанной патологии находит отражение совокупность влияний психотравмирующих факторов, особенностей преморбидного состояния и степени выраженности соматической вредности.

В период «романтической медицины» начала XIX века немецкий психиатр Иоганн Гейнрот в своей публичной лекции в 1818 г. впервые использовал понятие «психосоматическая медицина». Он объяснял многие соматические болезни как психогенные. Так, причины туберкулеза, эпилепсии и рака он рассматривал как результат переживания чувства злобы, стыда и особенно сексуальных страданий. М. Якоби ввел понятие «соматопсихическое» как противопо-

ложное и дополняющее понятие «психосоматическое» [9].

В современном понимании психосоматические расстройства — это группа болезненных состояний, возникающих на основе взаимодействия психических и соматических факторов и проявляющихся соматизацией психических нарушений, психическими расстройствами, отражающими реакцию на соматическое заболевание, или развитием соматической патологии под влиянием психогенных факторов.

Психосоматические функциональные синдромы возникают чаще всего при неврозах. Такие «соматизированные» формы неврозов иногда называют «неврозами органов», системными неврозами или вегетоневрозами.

В основе органических психосоматических заболеваний (психосоматозов) лежит первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми патологическими изменениями в органах. Исторически к этой груп-