

УДК 616.36-07:614.212(476.6)

## ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ ПЕЧЕНИ (ГРОДНЕНСКИЙ РЕГИОН)

В. М. Цыркунов (tvm111@mail.ru), <sup>1</sup>Е. Н. Кроткова

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

<sup>1</sup>УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница», Гродно, Беларусь

*Введение.* Болезни печени инфекционного и неинфекционного генеза представляют значительную проблему для здравоохранения любого региона в связи с продолжающимся ростом заболеваемости и смертности. Нерешенным вопросом является своевременность диагностики ранних стадий болезней печени и высокая смертность от цирроза печени в трудоспособном возрасте.

*Цель исследования* – провести анализ заболеваемости болезнями печени инфекционного и неинфекционного генеза, представить существующий порядок и проблемные вопросы по организации медицинской помощи пациентам с поражениями печени в Гродненском регионе.

*Материал и методы.* Использованы официальные данные национального статистического комитета Республики Беларусь, отчеты гастроэнтерологической и инфекционной служб Гродненской области за 2016-2017 гг. Материалы обработаны с использованием статистического пакета компьютерной программы Microsoft Excel.

*Результаты.* Анализ официальной статистической отчетности по неинфекционным болезням печени выявил её несоответствие с МКБ-10 по ряду нозологических форм, занижение заболеваемости алкогольных поражений печени, недостаточный охват диспансеризацией пациентов с циррозами печени. Организованный на базе областного центра инфекционной патологии гепатологический центр оказывает высококвалифицированную медицинскую помощь пациентам с поражениями печени инфекционного и неинфекционного генеза, значительно снижает финансовую нагрузку смежных служб – гастроэнтерологической, терапевтической и других.

*Заключение.* Официальная статистика по всем болезням печени и желчных путей в регионе требует детализации. Для повышения качества медицинской помощи пациентам с неинфекционной патологией печени необходимо распространить опыт работы областного гепатологического центра. Создание единого республиканского регистра болезней печени позволит иметь полную и объективную информацию о болезнях печени и желчных путей всего населения страны.

**Ключевые слова:** болезни печени, диагностика, диспансеризация, проблемы.

## PROBLEMATIC ISSUES OF THE ORGANIZATION OF DIAGNOSTICS AND PROPHYLAXIS OF LIVER DISEASES IN GRODNO REGION

V. M. Tsyркunov, <sup>1</sup>E. N. Krotkova

Educational Institution "Grodno State Medical University"

<sup>1</sup>Healthcare Institution «Grodno Regional Infectious Clinical Hospital», Grodno, Belarus

*Background.* Illnesses of the liver of infectious and non-infectious genesis present a significant problem for the health of any region, due to the continued increase in morbidity and mortality. An unresolved issue is the timely diagnosis of early stages of liver disease and high mortality due to cirrhosis at the working age.

*The objective of the study* is to analyze the incidence of liver diseases of infectious and non-infectious genesis, to present the existing order and problematic issues in organizing medical care for patients with liver damage in Grodno region.

*Materials and methods.* The official data of the National Statistical Committee of the Republic of Belarus, reports of the gastroenterological and infectious services of Grodno region for 2016-2017 are used. The materials were processed using the statistical package of the computer program Microsoft Excel.

*Results.* The analysis of official statistical reporting on non-infectious liver diseases revealed its inconsistency with ICD-10 for a number of nosological forms, understating the incidence of alcoholic liver damage, inadequate coverage of patients with cirrhosis of the liver by clinical examination. Organized on the basis of the regional center of infectious pathology, the hepatological center provides highly qualified medical care to patients with liver damage of infectious and non-infectious genesis, significantly reduces the financial burden of related services - gastroenterological, therapeutic and others.

*Conclusion.* Official statistics on all diseases of the liver and biliary tract in the region requires detailed elaboration. To improve the quality of medical care for patients with non-infectious liver disease, it is necessary to extend the experience of the regional hepatology center. The creation of a single republican register of liver diseases will enable to have complete and objective information about the diseases of the liver and bile ducts of the entire population of the country.

**Keywords:** diseases of the liver, diagnosis, clinical examination, problems

### Введение

Поражения печени и желчных путей занимают лидирующее место среди болезней органов пищеварения и являются важнейшей медико-социальной проблемой в мире. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), за последние 20 лет наблюдается неуклонный рост поражений печени как инфекционной, так и неинфекционной этиологии. В мире более 2 млрд человек страдают заболеваниями печени, что в 100 раз превышает распространенность ВИЧ-инфекции [1].

Актуальность проблемы усугубляется тем, что основным контингентом среди заболевших, как правило, является трудоспособная, социально активная часть населения, что в итоге приводит к существенному социально-экономическому ущербу в стране и семьях конкретных пациентов. По данным ВОЗ, среди причин смерти цирроз печени (ЦП) занимает 8-е место в мире, а у лиц в возрасте 35-64 лет в экономически развитых странах мира ЦП входит в число 6 основных причин смерти. Распространенность ЦП составляет 2-3% (на основании данных аутопсии); в 2 раза чаще у мужчин старше 40 лет по сравнению с общей популяцией [2].

По данным И. Л. Шахниной, экономические потери Российской Федерации, связанные с заболеваемостью хроническим гепатитом В (ХГВ), составляют 2,3 млрд российских рублей в год, ХГС – 1,6 млрд российских рублей [3]. По данным И. И. Косаговской и Е. В. Волчковой, для расчетного числа пациентов с ХГС в России к 2020 г. (79790 чел.) с учетом средней скорости прогрессирования заболевания затраты на оказание медицинской помощи при формировании осложнений и дальнейшем их прогрессировании за 5-летний период в линии «без лечения ХГС» составят 18,56 млрд российских рублей; в линии «с лечением ХГС» – 17,45 млрд руб. с учетом предполагаемых затрат на проведение противовирусной терапии – 7,71 млрд рублей; показатель разницы в затратах – 1,1 млрд рублей. Общие расходы на терапевтическое и хирургическое лечение 1 пациента с ЦП средней продолжительности течения ЦП 15 лет составили 4 698 265 российских рублей. Общая стоимость лечения пациента на стадии гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) составила 17 178 595 рублей [4].

Заболеваемость болезнями печени в Гродненском регионе и Республике Беларусь в последние годы (2016 г.) приблизительно одинаковая и составляет 54,5 и 57,8 на 100 тыс. населения, соответственно. Каждый 10-й пациент (10,3%) с впервые установленными заболеваниями печени в Республике Беларусь проживает в Гродненской области. В 2016 г. пациенты с неинфекционной патологией печени и желчно-

го пузыря (ЖП) в Гродненской области составили 9,6% от всей патологии органов пищеварения (ЖКТ), в Республике Беларусь – 10,3%, причем болезни печени составили 1,5%, а болезни ЖП – в 5 раз больше (7,3%).

Одним из первых документов республиканского уровня, регламентирующим оказание медицинской помощи пациентам с поражениями печени и желчных путей, был приказ Министерства здравоохранения № 5 от 13.01.1993 г. «Об организации республиканского гепатологического центра» (РГЦ). В нем утверждены структура и функции РГЦ, на примере которого в областных регионах был перепрофилирован коечный фонд (гастроэнтерология и хирургия) и стали функционировать областные гепатологические центры с инфекционным, терапевтическим, хирургическим и педиатрическим направлениями. Ряд созданных в свое время гепатологических отделений успешно работают до сих пор, частично изменив названия (например – отделение хирургической гепатологии и панкреатологии и т. д.).

В настоящее время, несмотря на отсутствие специальности «гепатолог», в Гродненской области сформировалось устойчивое мнение о специализированной службе, основу которой составляют организационные структуры областного гепатологического центра (ОГЦ), работающего на функциональной основе на базе УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница» (ГОИКБ). В структуре ОГЦ работает впервые созданное в инфекционном стационаре консультативно-диспансерное отделение (КДО), включающее консультативно-диспансерный кабинет (КДК) и койки дневного пребывания для гепатологических пациентов [5, 6].

Функции областного гастроэнтерологического центра, в котором получают стационарную медицинскую помощь пациенты с поражениями печени неинфекционной этиологией, выполняет гастроэнтерологическое отделение УЗ «Городская клиническая больница г. Гродно № 4» (ГКБ № 4). Стационарная медицинская помощь пациентам с неинфекционными болезнями печени в Гродненской области оказывается в терапевтических отделениях ЦРБ, городских больниц, стационарах областного подчинения.

В амбулаторных условиях функции гепатолога выполняют гастроэнтерологи (всего 3,25 ставки на область, из них 0,25 ст. – УЗ «Волковысская ЦРБ», по 1 ст. – УЗ «Гродненская областная клиническая больница», УЗ «Гродненская центральная городская поликлиника» (ГЦГП), УЗ «Городская поликлиника № 1» (ГП № 1)). Обеспеченность амбулаторными гастроэнтерологами в Гродненской области составляет 0,00388/1000 взрослого населения, норматив – 0,003/1000). Прием гастроэнтерологических пациентов ведут врачи-терапевты, вра-

чи общей практики, хирурги, хотя только единицы из них проходили курсы повышения квалификации по гепатологии. Отсутствие специальной подготовки у врачей амбулаторно-поликлинического звена отражается на качестве оказания медицинской помощи гепатологическим пациентам (особенно при первичном обращении), частоте ошибок, осложнений и решении организационных вопросов.

Пациенты с инфекционной патологией печени всегда были основным контингентом инфекционных стационаров и кабинетов инфекционных заболеваний (КИЗ) поликлиник, где они состоят на диспансерном учете (ДУ). За последние 30-40 лет произошли изменения структуры инфекционной патологии печени за счет значительного сокращения острых и увеличения хронических вирусных гепатитов [6]. Одной из причин сокращения заболеваемости стала вакцинопрофилактика гепатитов А и В. Важно отметить, что традиционно инфекционистами оказывается медицинская помощь пациентам и с неинфекционными болезнями печени, изначально попавшими в их поле зрения с подозрением на вирусные гепатиты.

**Цель исследования** – представить анализ заболеваемости болезнями печени инфекционного и неинфекционного генеза, существующий порядок и проблемные вопросы по организации медицинской помощи гепатологическим пациентам в Гродненском регионе на примере гастроэнтерологической и инфекционной служб.

### Материал и методы

Для анализа использованы официальные данные Национального статистического комитета Республики Беларусь, отчеты гастроэнтерологической и инфекционной служб Гродненской области за 2016-2017 гг. Материалы обработаны с использованием статистического пакета компьютерной программы Microsoft Excel.

Таблица 1. – Заболеваемость и ДУ пациентов с заболеваниями печени и желчевыводящих путей в Гродненской области за 2016-2017 гг.

Нозологические формы	2016				2017			
	Взр.	Д-з впер.	На ДУ	% дисп.	Взр.	Д-з впер.	На ДУ	% дисп.
Болезни печени, в т. ч. АБП	5974 429	472 44	4963 348	83,1 81,1	5790 264	422 18	4830 181	83,4 68,6
ФП, ЦП, в т. ч.:	1313	103	1087	82,8	1221	101	1036	84,6
ПБЦ	32	8	32	71,4	4	1	4	100
Другие болезни печени	37	7	22	31,2	34	0	27	79,4
Болезни ЖВП, в т. ч.:	12407	1425	9178	73,9	12268	1181	9063	73,9
ЖКБ	6319	557	4357	68,7	6042	808	4345	71,9
ИТОГО:	18381	1897	14141	76,9	18058	1603	13893	76,9

Примечание: АБП – алкогольная болезнь печени; ФП, ЦП – фиброз и цирроз печени; ЖВП – желчевыводящие пути; ЖКБ – желчнокаменная болезнь; ДУ – диспансерный учет

### Результаты и обсуждение

#### 1. Система оказания медицинской помощи пациентам с неинфекционными поражениями печени в Гродненской области

На ДУ в Гродненской области на 01.01.2018 г. состояли 13893 лиц старше 18 лет с заболеваниями печени и ЖП, или 76,9% от всех пациентов данной категории, в том числе 1603 человека с впервые установленным диагнозом в 2017 г. (табл. 1). Диспансерная группа пациентов с болезнями печени и ЖП составила 23,5% от всех лиц с болезнями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), состоящих на ДУ.

На наш взгляд, представляемая официальная статистическая отчетность по болезням печени, ЖП и ЖВП должна максимально соответствовать МКБ-10. Как видно из таблицы 1, в 2017 г. в Гродненской области общая заболеваемость болезнями печени снизилась на 3,1%, АБП – на 38,5%, ФП и ЦП – на 7%, ПБЦ – на 87,5%, ЖКБ – на 4,4%. Первичная заболеваемость по болезням печени снизилась на 10,6%, из них по АБП – на 59,1%, ФП и ЦП – на 1,9%, ПБЦ – на 87,5%, ЖКБ – на 21,6%. Важно отметить, что в структуре заболеваемости АБП 72,7% составляют лица трудоспособного возраста, при ФП и ЦП – 60%, соответственно. ЦП в структуре заболеваний печени неинфекционной этиологии в Гродненской области составили 22%.

На наш взгляд, следует обратить внимание на следующее:

– представленные в таблице 1 данные по болезням печени не в полной мере соответствуют МКБ-10, так как в них нет следующих поражений: К 71 – токсическое поражение печени, К 72 – печеночная недостаточность, К 73 – хронический гепатит, не классифицируемый в других рубриках и К 75 – другие воспалительные болезни печени, из-за чего в 2016 г. у 4629 (77,5%) пациентов патология печени не обозначена;

– в рубрикации болезней ЖП и желчевыво-



двух путей нет граф К 81 – острый холецистит, К 82 – другие болезни ЖП и К 83 – другие болезни желчевыводящих путей, из-за чего в 2016 г. у 6088 (49%) пациентов патология не расшифрована;

– АБП среди всей патологии печени в 2016 и 2017 гг. составили всего 7,2 и 4,5%, хотя общеизвестно, что АБП являются доминирующими в структуре неинфекционной этиологии поражения печени большинства стран;

– занижение показателя АБП подтверждается показателем частоты ФП и ЦП (22 и 21%) среди лиц, состоящих на ДУ, алкогольная этиология которых является доминирующей, а вирусная и другие причины исключены;

– охват ДУ пациентов с ФП и ЦП, превышающий 80%, сомнительный, так как среди пациентов, умерших от ЦП, большинство не состояли на ДУ, а ЦП у них был диагностирован только при первичном осмотре;

– нет сведений о неалкогольной этиологии поражений печени более чем у 95% пациентов и о доцирротических стадиях болезни (стеатоз, стеатогепатит – НАСГ);

– сомнительны показатели количества пациентов с ПБЦ (из 32 пациентов на ДУ 8 выявлены в течение 1 года) и с патологией желчного пузыря (из 9 тысяч в течение 1 года выявлено более 1 тысячи пациентов).

В таблице 2 представлен возрастной состав пациентов Гродненской области, состоящих на ДУ у врачей-гастроэнтерологов.

Обращает на себя внимание социальный аспект проблемы, заключающийся в том, что 67% пациентов с патологией печени и 72% – с болезнями ЖВП находятся в ТСВ, осложняя экономическую составляющую страны. Особую тревогу вызывают данные по ФП и ЦП, где заболеваемость в 1,5 раза, а при АБП – в 2,7 раза выше, чем у лиц старше ТСВ.

*Амбулаторно-поликлиническая помощь пациентам с неинфекционной патологией печени.* Часть проблем, существующих в организации медицинской помощи гепатологическим пациентам, можно проследить по данным, приведенным в таблице 3.

В г. Гродно, амбулаторный прием пациентов с патологией печени и ЖВП осуществляют врачи-гастроэнтерологи двух городских поликлиник (ГЦГП и ГП № 1), а в других поликлиниках – врачи-терапевты. Как видно из таблицы 3, на ДУ у гастроэнтерологов из 440 человек с заболеваниями ЖКТ лишь 58 (13,2%) пациентов имеют патологию печени. Официальной информации о пациентах, состоящих на ДУ с заболеваниями печени, у врачей-терапевтов и врачей иных специальностей нет.

Таблица 2. – Заболеваемость и диспансерный учет (ДУ) пациентов с заболеваниями печени и желчевыводящих путей (ЖВП) трудоспособного (ТСВ) и старше ТСВ в Гродненской области за 2017 г.

Нозологические формы	Число случаев заболеваний			Число лиц, состоящих на ДУ		
	Всего	В т. ч. старше ТСВ	В т. ч. ТСВ	Всего	В т. ч. старше ТСВ	В т. ч. ТСВ
Болезни печени, в т. ч. АБП	5790 264	1880 72	3910 192	4830 181	1417 35	3413 146
ФП, ЦП, в т. ч.:	1221	495	726	1036	411	625
ПБЦ	4	2	2	4	2	2
Другие	34	15	19	27	7	20
Болезни ЖВП, в т. ч.:	12268	6786	8815	9063	4732	4331
ЖКБ	6042	3453	2589	4345	2298	2047
ИТОГО:	18058	8666	12725	13893	6149	7744

Таблица 3. – Количество пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и поражениями печени, состоящих на ДУ у врачей-гастроэнтерологов в поликлиниках г. Гродно в 2017 г.

Нозологические формы	УЗ «ГП №1»	УЗ «ГЦГП»	Всего
Всего с патологией ЖКТ, в т. ч.:	178	262	440
ХГ, аутоиммунный	1	0	1
ПБЦ	1	1	2
ЦП	28	14	42
ХГ	10	0	10
ТП	–	3	3

Примечание: ХГ – хронический гепатит, ТП – трансплантация печени; ХГА – хронический гепатит аутоиммунный

Как видно из таблицы 4, в 2017 г. при сокращении общего количества случаев ВН по болезням печени на 5% у лиц ТСВ отмечается увеличение случаев патологии печени на 17,3%. Средняя длительность 1-го случая ВН по данной нозологии увеличилась в 2017 г. на 29%, у лиц ТСВ – на 9,1% и составила, соответственно, 13,5 и 15,4 дня.

*Стационарная помощь пациентам с неинфекционной патологией печени.* 2017 г. в стационарных условиях в Гродненской области пролечены 20421 человек с заболеваниями ЖКТ (табл. 5).

В структуре пролеченных пациентов с заболеваниями печени составили всего 6,3%, а в структуре летальности – 33,7%. Среди умерших 97,4% составили ФП и ЦП (73%, 84 чел.) и АБП (24,3%, 28 чел.), что подтвердило низкое качество ранней диагностики и ДУ пациентов с доцирротическими стадиями АБП. Беспокорство вызывает увеличение лиц, умерших от патологии ЖВП и поджелудочной железы (56 чел.) и более чем в 2 раза увеличение числа пациентов, умерших от ЖКБ.

В гастроэнтерологическом отделении ГKB

Таблица 4. – Показатели временной нетрудоспособности (ВН) при патологии ЖКТ, в том числе заболеваний печени, ЖВП и поджелудочной железы (ПЖ) в Гродненской области за 2016-2017 гг.

Нозологические формы	МКБ	Число случаев ВН				Число календарных дней ВН			
		Всего		в т.ч. у лиц, трудоспособного возраста		Всего		в т.ч. у лиц, трудоспособного возраста	
		2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016
Болезни ЖКТ	K00-K93	11 012	11475	9 884	9078	130 394	133569	113 532	103667
Болезни печени	K70-K76	345	363	301	249	5 147	5178	4 648	3520
Болезни ЖВП и ПЖ	K80-K86	2 260	2318	1 901	1610	36 982	37610	30 817	27524

Таблица 5. – Показатели стационарной помощи пациентам с неинфекционной патологией печени в Гродненской области за 2016-2017 гг.

Наименование	Пролечено		Средний койко-день		Умерли	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Всего с болезнями ЖКТ	21048	20421	8,7	8,4	275	341
Болезни печени	1463	1286	10,9	10,8	100	115
из них: АБП	91	78	11,0	9,4	22	28
ФП и ЦП	707	658	11,0	10,8	72	84
Болезни ЖП, желчных путей и ПЖ	6407	6378	9,7	9,3	47	56
из них: ЖКБ	2773	2929	9,1	8,8	6	14
из нее: камни ЖП с ОХ	679	717	9,6	9,4	-	2
ОХ	90	87	9,9	10,5	-	-
Итого	7870	7664	10,7	10,1	147	171

Примечание: АБП – алкогольная болезнь печени, ФП, ЦП – фиброз и цирроз печени, ЖП – желчный пузырь, ЖКБ – желчнокаменная болезнь, ПЖ – поджелудочная железа, ОХ – острый холецистит

№ 4 г. Гродно, на которое возложены функции областного гастроэнтерологического центра, с болезнями печени и ЖП в 2017 г. пролечены 238 человек, или 3,86% от всех выписанных из отделения (2016 г. – 329 чел., 5,0%). Причинами низкого удельного веса пролеченных с патологией печени, на наш взгляд, являются: отсутствие диагностики на догоспитальном этапе переходных стадий АБП (стеатоз, стеатогепатит, фиброз, ЦП классов А и В), поздняя первичная диагностика ЦП класса С, что подтверждается структурой умерших, среди которых 71% составили лица с заболеваниями печени.

#### II. Система оказания медицинской помощи пациентам с инфекционными поражениями печени в Гродненской области

В последние годы показатель заболеваемости острыми и хроническими вирусными гепатитами (ОГ, ХГ) в стране стабилизировался, однако по некоторым нозологиям отмечен незначительный рост (табл. 6).

Заболеваемость ОГА в Гродненской области в 2017 г. не превысила средних показателей по республике, но по сравнению с 2016 г. показатель вырос в 2,6 раза и составил 1,2 на 100 тыс. населения. Зарегистрировано 13 случаев сре-

ди взрослых (2016 г. – 5 случаев, из них у детей – 2). Заболеваемость ОГВ и ХГВ (0,5 и 4,1 на 100 тыс. нас.) и ОГС и ХГС (0,3 и 16,3 на 100 тыс. нас.) в 2017 г. была ниже республиканских показателей, показатели НВs-антигемии (7,5 на 100 тыс. населения) и анти-НСV (30,7 на 100 тыс. населения) выше республиканских (3,8 и 9,8, соответственно). Более высокие показатели инфицирования НВs и НСV населения Гродненской области, на наш взгляд, обусловлены большим охватом обследования на маркеры вирусных гепатитов угрожаемых контингентов.

*Амбулаторно-поликлиническая помощь пациентам с инфекционной патологией печени.* На амбулаторном этапе помощь пациентам с инфекционными заболеваниями печени в г. Гродно и Гродненской области оказывают врачи-инфекционисты КИЗов (19,25 ставки) и врач-инфекционист консультативно-диспансерного отделения (КДО) ГОИКБ. Консультативно-диспансерный кабинет (КДК), впервые организованный в 1993 г. на базе Республиканского гепатологического центра (приказ Министерства здравоохранения от 13.01.1993 г. № 5), до настоящего времени продолжает эффективно работать. В 2017 г. в КДК КДО ГОИКБ получили консультативную помощь врача-инфекциониста (гепатолога) 4460 пациентов с заболеваниями печени, что значительно превышает прием пациентов врачом-гастроэнтерологом городских поликлиник (табл. 7).

Приказом Главного управления здравоохранения Гродненского областного исполнительного комитета от 05.07.2016 г. № 657 «О совершенствовании медицинской помощи инфекционным больным и организации областного центра инфекционной патологии (герпетических, клещевых инфекций и вирусных гепатитов)» ГОИКБ на функциональной основе приобрела официальный статус областного центра по указанным нозологическим формам с возможностью объединения в одном учреждении здравоохранения стационарного и амбулаторного типа консультативной, лечебно-диагностической и профи-

Таблица 6. – Заболеваемость острыми и хроническими гепатитами В и С (на 100 тыс. населения) в Гродненской области за 2013-2017 гг.

Вариант гепатита	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Острый ГВ	1,0	0,9	1,3	1,2	0,8
Хронический ГВ	9,8	8,0	8,99	9,8	9,3
HBs-антигемия	9,79	4,97	4,9	4,4	3,8
Острый ГС		0,9	1,1	9,8	0,7
Хронический ГС	25,7	27,8	30,9	31,1	31,4
Анти-HCV	22,3	15,9	14,2	11,4	9,8

Таблица 7. – Показатели консультативного приема пациентов с патологией печени в КДК ГОИКБ за 2013-2017 гг.

Проконсультировано пациентов с патологией печени	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Всего	4436	4321	4644	5162	4460
из них: Гродненская область, другие области	894 33	970 30	675 14	810 17	901 13

лактической помощи (вакцинации) населению региона. С 2017 г. в ОГЦ разработан и внедрен в клиническую практику областной регистр «Хронический вирусный гепатит» (ХВГ), позволивший повысить качество диагностики, лечения и диспансеризации.

На ДУ у врачей-инфекционистов Гродненской области в 2016 г. состояли 8079 пациентов, в 2017 г. – 6673 пациента с болезнями печени вирусной этиологии (табл. 8).

Таблица 8. – Диспансеризация пациентов с ХВГ в Гродненской области за 2016-2017 гг.

Нозологическая форма	2016 г.	2017 г.
ХГВ	1073	972
ХГС	3315	3314
HBs-антигемия	1343	815
Анти-HCV	2348	1572
Всего	8079	6673

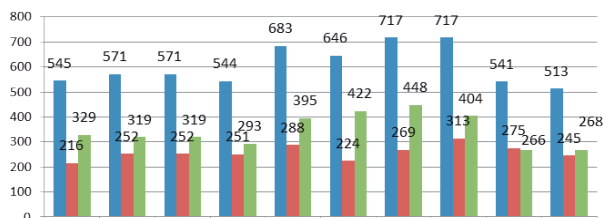


Рисунок 1. – Количество пациентов с заболеваниями печени, пролеченных в стационаре ГОИКБ за 2008-2017 гг.

Следует обратить внимание на тот факт, что значительная часть пациентов (около 50%) были пролечены с неинфекционными поражениями печени: в 2013 г. – 34,7%, в 2014 г. – 37,5%, в 2015 г. – 43,7%, в 2016 г. –

50,8%, в 2017 г. – 47,8%. Таким образом, в ГОИКБ в течение года стационарную помощь получают такое же количество пациентов (200-300) с неинфекционной патологией печени, как в ГКБ № 4 г. Гродно.

Особенностью современного периода оказания медицинской помощи в ГОИКБ стало то, что в течение последних 3-х лет при сохранении объемов консультативной помощи пациентам с заболеваниями печени в КДК произошло уменьшение (на 31,8%) количества стационарных пациентов с заболеваниями печени в 3-м отделении ГОИКБ, что связано с переориентацией курса этиотропной терапии ХГС и ХГВ со стационарного на амбулаторный этап, а также с пересмотром показаний и порядка госпитализации в ГОИКБ (приказ Главного управления здравоохранения Гродненского областного исполнительного комитета от 14.04.2016 г. № 362 «О порядке госпитализации пациентов в УЗ «ГОИКБ», рис. 2).

Неинфекционная патология печени среди стационарных пациентов 3-го отделения ГОИКБ составила от 33-34%.

В последние 2 года в структуре инфекционных болезней печени у пациентов, пролеченных в 3-м инфекционном отделении ГОИКБ в 2017 г., отмечается увеличение в 2 раза ОВГ (такая же ситуация с острыми вирусными гепатитами наблюдается в Европе) и уменьшение на 10,5% ХВГ при явном преобладании ХГС (69,5%).

Реорганизация стационарной помощи в ГОИКБ позволила более 50% пациентов с патологией печени и желчных путей пролечиться на койках дневного пребывания, что экономически целесообразно, так как стоимость 1-го дня пребывания на койке КДО в 2 раза меньше, чем на стационарной. Работа дневных стационаров позволила снизить финансовую нагрузку ГОИКБ и увеличить число медицинских услуг (рис. 3).

В структуре инфекционной патологии печени у пациентов КДО преобладает ХГС (83%), что продиктовано необходимостью мониторинга стартовой этиотропной терапии в условиях стационара (табл. 11).

В последние годы в КДО отмечается увеличение в 2 раза (65-57%) пациентов с неинфекционной патологией печени (табл. 11). Медицинскую помощь на койках дневного пребывания в ГОИКБ получают свыше 40% пациентов с инфекционными болезнями печени, среди которых ЦП в 2016 г. составили всего 7%.

Среди всех нозологических форм патологии печени, диагностированных у пациентов с неинфекционными поражениями печени, были установлены поражения лекарственной, аутоиммунной, токсической, алкогольной и другой этиологии; стеатозы и стеатогепатиты, холестаза,

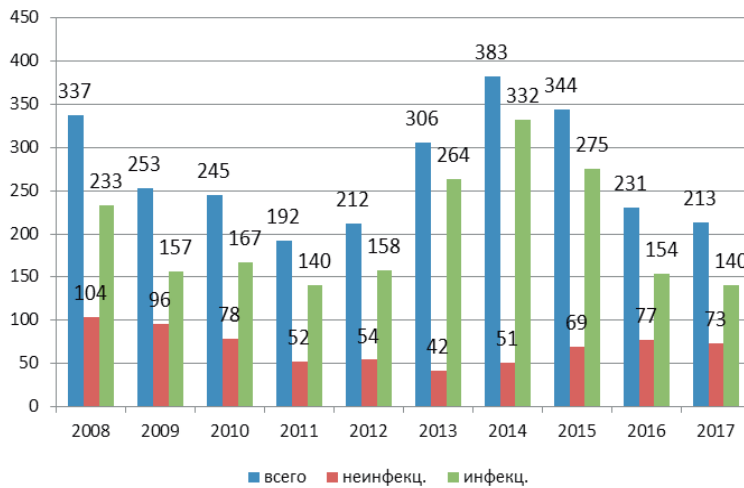


Рисунок 2. – Количество пациентов с заболеваниями печени, пролеченных в 3-м инфекционном отделении ГОИКБ за 2008-2017 гг.

Таблица 9. – Структура инфекционных болезней печени у пациентов, пролеченных в 3-м инфекционном отделении ГОИКБ за 2016-2017 гг.

Нозологические формы	2016 г.			2017 г.		
	Случаи	% от пролеченных	Ср. к/д	Случаи	% от пролеченных	Ср. к/д
ОГА	2	0,12	16,0	8	0,5	22,0
ОГВ	1	0,06	21,0	3	0,18	32,7
ОГС	3	0,18	18,0	3	0,18	14,3
ОВГ неустановленный	1	0,06	11,0	2	0,12	16,0
ХГВ	10	0,6	12,8	13	0,8	15,6
ХГС	107	6,4	9,7	84	5,1	9,7
ЦП, класс С	12	0,7	11,7	14	0,8	9,4
ЦП, класс В	2	0,12	15,0	3	0,18	9,3
ЦП, класс А	6	0,36	11,2	10	0,6	11,8
Итого	154	9,1	14,0	140	8,5	15,6

Таблица 10. – Структура неинфекционных болезней печени у пациентов, пролеченных в 3-м инфекционном отделении ГОИКБ за 2016-2017 гг.

Нозологические формы	2016 г.			2017 г.		
	Случаи	%	Ср. к/д	Случаи	%	Ср. к/д
Гипербилирубинемия	6	7,8	7,5	1	1,4	14,0
Стеатоз	17	22,1	9,7	16	21,9	8,5
О. гепатит алкогольный	4	5,2	12,5	2	2,6	14,0
О. гепатит токсический	3	3,9	14,0	3	4,1	9,67
НАСГ	38	49,3	10,7	43	58,9	10,4
ХГ лекарственный	3	3,9	15,7	1	1,4	14,0
Холестаз беременных	1	1,3	5,0	-	-	-
ХГ холестатический	-	-	-	1	1,4	14,0
ДЖВП	1	1,3	7,0	2	2,8	7,5
О. холецистит	-	-	-	1	1,4	1,0
Хр. холецистит	-	-	-	1	1,4	4,0
ЖКБ	2	2,6	2,0	-	-	-
Механическая желтуха	2	2,6	1,0	2	2,8	5,5
Итого	77	100,0	8,6	73	100,0	9,3

холециститы, ЖКБ, дискинезии, гипербилирубинемии и другие (табл. 12). Безусловно, направлятельным диагнозом в большинстве случаев было подозрение на вирусные поражения печени. Пациенты с ЦП в КДО среди других нозологических форм в ГОИКБ (ОГЦ) ежегодно составляют не менее 10% (в 2017 г. – 13%).

### Выводы

Заключительную часть статьи авторы намеренно представили в виде вопросов и ответов, в которых прослеживаются соответствующие выводы.

1. Существует ли официальная статистика по всем болезням печени и желчных путей в нашей стране? Да, существует, частично она представлена в годовых отчетах гастроэнтерологической службы.

2. Являются ли эти отчетные данные объективными? Нет, так как в них не учтены другие по этиологии поражения печени, регистрируемые врачами иных специальностей. В связи с этим существующая в Гродненской области организационная система оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями печени и желчевыводящих путей неинфекционного происхождения, включая диспансеризацию и статистическую отчетность, требует пересмотра.

3. Какова причина отсутствия полных данных по заболеваемости разными по этиологии нозологическими формами поражений печени у населения? Основная причина в том, что болезни печени и желчных путей для официальной статистической отчетности регистрируют только врачи-гастроэнтерологи, относящие данную патологию по МКБ-10 к болезням органов пищеварения или ЖКТ. В результате в итоговую отчетность не включаются болезни печени другой этиологии, которые «рассеиваются» среди нозологических форм других врачебных специальностей: инфекционные болезни, онкология, педиатрия, гематология, анестезиология и реанимация, патанатомия, судебная медицина и другие.

4. Качество диагностики болезней



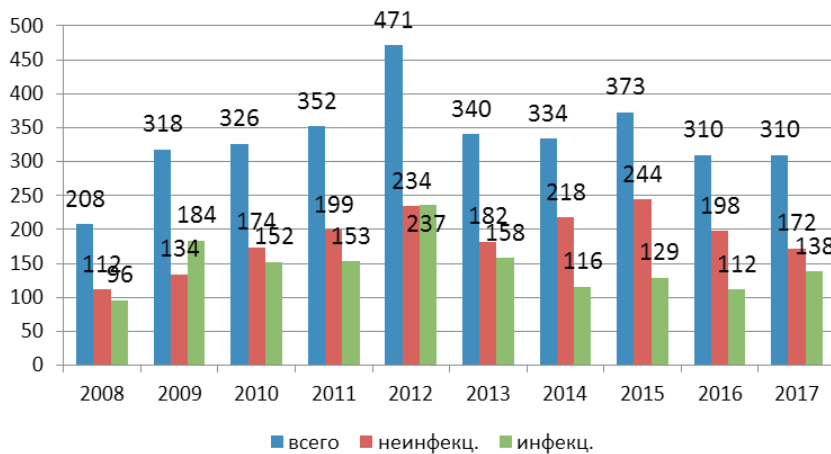


Рисунок 3. – Количество пациентов с заболеваниями печени, пролеченных в КДО ГОИКБ за 2008-2017 гг.

Таблица 11. – Структура инфекционных болезней печени у пациентов, пролеченных в КДО ГОИКБ за 2016-2017 гг.

Нозологические формы	2016 г.			2017 г.		
	Случаи	%	Ср. к/д	Случаи	%	Ср. к/д
ОГС	1	0,9	11,0	-	-	-
НВs-антигемия	-	-	-	1	0,8	9,0
ХГВ	10	8,9	10,5	14	10,9	10,7
ХГС	93	83,0	11,1	113	88,3	10,6
ЦП, класс С	1	0,9	13,0	-	-	-
ЦП, класс В	7	6,3	11,0	-	-	-
Итого	112	100,0	11,3	128	100,0	10,1

Таблица 12. – Структура неинфекционных болезней печени у пациентов, пролеченных в КДО ГОИКБ за 2016-2017 гг.

Нозологические формы	2016 г.			2017 г.		
	Случаи	%	Ср. к/д	Случаи	%	Ср. к/д
О. гепатит лекарственный	-	-	-	1	0,6	2,0
О. гепатит токсический	1	0,5	6,0	-	-	-
Стеатоз	46	23,2	9,4	56	32,5	9,8
НАСГ	11	5,5	8,1	2	1,2	6,5
Хр. гепатит алкогольный	25	12,6	11,4	28	16,3	10,4
Хр. гепатит токсический	1	0,5	9,0	-	-	-
ПБЦ	1	0,5	11,0	1	0,6	10,0
ДЖВП	107	54,0	3,99	79	45,9	4,6
Полип ЖП	1	0,5	3,0	2	1,2	4,0
Киста печени	1	0,5	8,0	-	-	-
Хр. холецистит	1	0,5	11,0	-	-	-
ЖКБ	3	1,5	6,3	3	1,8	4,0
Итого	198	100,0	8,1	172	100,0	6,8

неинфекционных болезней печени отвечает требованиям времени? Не в полной мере. Неинфекционные болезни печени, являющиеся основной причиной летальности в структуре болезней ЖКТ, на ранних стадиях не диагностируются, а пациенты с доцирротическими (переходными) стадиями не находятся на ДУ. Несвоевремен-

гепатологические центры, руководимые главными внештатными республиканским и областными гепатологами, в свое время обоснованно утвержденные Министерством здравоохранения (1993), а затем по необъяснимым причинам упраздненные (2004). Создание единого республиканского регистра болезней печени, учитыва-

ная постановка первичного диагноза ЦП на догоспитальном этапе свидетельствует о некачественной диагностике ранних стадий поражений печени неинфекционной этиологии, о проблемах в организации диспансеризации пациентов врачами-гастроэнтерологами поликлиник, что способствует увеличению показателей летальности от болезней печени.

Увеличение летальности от болезней желчевыводящих путей и поджелудочной железы требует проведения анализа причин неблагоприятных исходов. Заболевания печени и летальные исходы среди лиц трудоспособного возраста приводят к значительным экономическим потерям государства.

Для улучшения качества диагностики болезней печени необходимо постоянное повышение уровня знаний врачей на курсах повышения квалификации по гепатологии, обучающих семинарах (гепатологической школе) на базе кафедры инфекционных болезней ГрГМУ, а также ускоренное решение вопроса о приобретении оборудования для эластометрии или фибро- и стеатосканирования печени.

4. Что необходимо для получения максимально объективной информации о заболеваемости болезнями печени и желчных путей? Наличие единой функциональной структуры, кумулирующей всю информацию о патологии печени и желчных путей у населения. Эти функции могли бы эффективно выполнять воссозданные республиканский и областные



ющего всю патологию гепатобилиарной системы, независимо от этиологии и происхождения, позволило бы иметь полную и объективную информацию о болезнях печени и желчных путей всего населения страны.

Гродненский областной многопрофильный центр, осуществляющий высококвалифициро-

ванную медицинскую помощь пациентам с поражениями печени инфекционного и неинфекционного генеза, значительно снижает финансовую нагрузку смежных по гепатологическому направлению служб – гастроэнтерологической, терапевтической и других.

### References

1. Kerefova ZSh, Pshegusova MH, Gubzhokova OZ. Mediko-socialnye aspekty cirrozov pecheni virusnoj jetiologii. *Simvol nauki*. 2015;11(Pt 2):187-190. (Russian).
2. Bueverov AO, Buklis JeR, Ivashkin VT, Kucherjavij JuA; Ivashkin VT, Lapina TL, eds. *Gastrojenterologija*. Nacionalnoe rukovodstvo. Moscow: GJeOTAR-Media; 2018. 462 p. (Russian).
3. Shahanina IL, Raduto OI. Virusnye gepatity v Rossii: oficial'naja statistika i jekonomicheskie poteri. *Virusnye gepatity: dostizhenija i perspektivy*. 2001;6(18):3-6. (Russian).
4. Kosagovskaya II, Volchkova EV. Mediko-socialnye aspekty virusnyh gepatitov s parenteralnym putem peredachi [The medico-social aspects of viral hepatitis with the parenteral way of transmission]. *Jepidemiologija i infekcionnye bolezni. Aktualnye voprosy* [Epidemiology and Infectious Diseases. Current Items]. 2013;1:28-39. (Russian).
5. Krotkova EN, Tsyркunov VM. Varianty racionalnogo ispolzovanija koechnogo fonda infekcionnogo profilja v period jepidemicheskogo blagopoluchija [Options for rational use of infectious bedspace profile during epidemic welfare]. *Meditsinskie novosti*. 2017;4:36-41. (Russian).
6. Krotkova EN, Tsyркunov VM. Voprosy reorganizacii infekcionnoj sluzhby oblastnogo regiona [Issues of regional infectious service reorganization]. *Zdravoohranenie* [Health care]. 2018;7:5-14. (Russian).
7. Krotkova EN, Tsyркunov VM. Pervichnoe zveno zdravooohranenija dlja vracha-infekcionista: realnost i perspektivy [Primary healthcare for doctor-infectionist: reality and prospects]. *Zdravoohranenie* [Health care]. 2018;6:3-9. (Russian).

Поступила: 29.08.2018

Принята в печать: 04.10.2018



Заблодский, А. А. Синдромы и болезни в гастроэнтерологии и эндоскопии. Том 1 : монография / А. Н. Заблодский, А. А. Будзинский. – Минск : Медпрактика-М, 2018. – 266 с. – ISBN978-5-98803-394-3.

Данная монография посвящена редким синдромам и болезням генетической, онкологической и другой природы, связанной с обменными нарушениями, с акцентом на проявления со стороны органов желудочно-кишечного тракта, роли эндоскопических методов исследования и лечения, характерных для этих страданий. В книге дан современный подход к диагностике и терапии описанных патологических состояний с выделением современных возможностей эндоскопии и ее места среди других способов их распознавания. О многих упомянутых синдромах и болезнях специалисты просто не знают или имеют отрывочные сведения.

Надеемся, что данный труд будет полезен для практической работы гастроэнтерологов, эндоскопистов и хирургов, а для учащейся молодежи - студентов, ординаторов и аспирантов - он послужит источником новых знаний, расширяющим кругозор и профессиональную компетентность будущих и молодых врачей.