

Т. В. Матвейчик, С. И. Антипова

УДК 616.3

Болезни органов пищеварения в практике амбулаторно-поликлинической службы

Аннотация. В статье представлена статистика болезней органов пищеварения у взрослого населения Минска — трудоспособного и старше трудоспособного возраста: заболеваемость, поражённость, смертность, летальность. Отмечен рост заболеваемости, рост числа случаев смерти. Высвечена негативная роль употребления алкоголя в заболеваемости и смертности населения, обращено внимание на частоту алкоголь-ассоциированных болезней в Минске в последние годы. Дана ситуация населения Минска по заболеваемости и смертности онкологическими заболеваниями.

Ключевые слова: болезни органов пищеварения, заболеваемость, смертность, летальность, онкологические заболевания.

Потребность в медицинской помощи, а значит, и обращаемость в организации здравоохранения (ОЗ) — в основном саморегулирующийся процесс, зависящий как от состояния здоровья и самочувствия пациента, так и от состояния системы здравоохранения и немедицинских факторов (в основном влияющих на доступность медицинской помощи).

В условиях политико-экономической обусловленности общественного и индивидуального здоровья зарегистрированный уровень заболеваемости, а также исход болезни зависят от множества факторов:

- а) от пациента (вредные привычки, характер питания, своевременное обращение за медицинской помощью, его медицинская активность, отношение к собственному здоровью, уровень гигиенической и общей культуры и др.);
- б) службы здравоохранения (доступность, своевременность диагностики и лечения, уровень диагностических и лечебных возможностей, взаимоотношения врач — сестра — пациент, укомплектованность кадрами и квалификация медперсонала и др.);
- в) немедицинских (низкий экономический статус пациента, отдалённость ОЗ, транспортные проблемы и др.).

От вышеназванных факторов зависит своевременность диагностики, эффективность лечения. Несмотря на ограниченные финансовые возможности на современном этапе потребности в здравоохранении возрастают из-за старения населения и роста дорогостоящих современных медицинских технологий и лекарственных препаратов. В определённой степени это ложится на плечи медицинских работников со средним образованием и с высшим сестринским образованием [4; 5].

Цель исследования: по данным медицинской статистики проанализировать заболеваемость и

смертность от болезней органов пищеварения взрослого населения Минска в последние годы.

Материалы и методы

Использованы материалы ежегодных официальных статистических сборников Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Здравоохранение в Республике Беларусь» за 1992—2010 гг.; данные о заболеваемости болезнями органов пищеварения взрослого населения Минска из ежегодной статистической отчётной формы-1 «Заболеваемость»; данные о числе случаев смерти — из ежегодной статистической формы С51 «Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти»; показатели ежегодных статистических сборников Белорусского канцеррегистра «Злокачественные новообразования в Беларуси»; половозрастная численность населения для статистических расчётов — по данным Национального комитета по статистике. Методы исследования — статистический (расчёт показателей), графический.

Результаты и обсуждение

Проблема заболеваемости болезнями органов пищеварения населения Беларуси с 1991 г. представлена в таблице 1. Период анализа условно разделён на два десятилетия. За 20 лет при ежегодных колебаниях отмечен некоторый рост общей заболеваемости. Среднегодовой темп прироста ($T_{пр}$, %) составил 0,4 %, в том числе за период 1991—2000 гг. среднегодовой темп прироста — 1,1 %, в 2001—2010 гг. — снижение со среднегодовым темпом — 0,3 %. Первичная заболеваемость за 20 лет имела тенденцию к снижению со среднегодовым темпом 0,9 %, из них в 1991—2000 гг. ежегодное снижение 1,1 %, в 2001—2010 гг. — 0,8 %.

Таблица 1 — Динамика заболеваемости болезнями органов пищеварения населения Беларуси (на 100 тыс. совокупного населения)

Заболеваемость	Годы										Средне-годовой $T_{пр}$, %
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	
Общая	8368,5	8592,2	8958,1	9101,0	9048,1	9134,4	9085,5	8920,0	9110,4	9203,9	1,1
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
	9177,4	9407,5	9276,6	9450,4	9021,7	8965,5	8712,3	8946,4	8827,1	8933,0	-0,3
Первичная	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	
	2544,6	2574,9	2489,6	2470,3	2404,1	2517,8	2458,0	2354,3	2260,3	2289,0	-1,1
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
	2220,3	2460,5	2382,6	2436,0	2269,8	2191,8	2141,6	2320,4	2074,0	2082,2	-0,8

За 20 анализируемых лет изменилась структура заболеваемости населения в целом. Так, в 1991—1992 гг. класс болезней органов пищеварения в структуре первичной заболеваемости составлял 4 % и занимал пятое место после болезней органов дыхания (БОД), внешних воздействий, инфекционных болезней и болезней кожи, в структуре 2010 г. — уже 2,5 % и седьмое место. В структуре общей (накопленной) заболеваемости в 1991—1992 гг. — второе место после БОД, в 2010 г. — третье после БОД и болезней системы кровообращения. У взрослого населения в 1991—1992 гг. в структуре первичной заболеваемости болезни органов пищеварения составили 4,3 % — пятое место, в структуре общей заболеваемости — 6,4 %, четвертое место, в 2010 г. в структуре первичной — десятое, общей — шестое. Такая раскладка значимости каждого класса болезней в структуре заболеваемости в разные годы связана с разным темпом роста (редко — снижения) уровня заболеваемости болезнями каждого класса.

Нами представлен довольно детальный аналитический материал в таблицах 2—5.

Мы не приводим сравнительный анализ с данными областей и республики в целом по ряду причин, которые делают такое сравнение некорректным. Это: доступность (в первую очередь территориальная и транспортная), своевременность, возможности и качество медицинской помощи в столичном мегаполисе выше, чем в районах областей; более низкий, чем в областях, удельный вес лиц старше трудоспособного возраста.

Из данных таблицы 2 очевиден рост заболеваемости болезнями органов пищеварения взрослых г. Минска даже за небольшой период четырёх лет. Рост наметился за счёт гастритов и дуоденитов, болезней печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей, болезней поджелудочной железы. Поражённость (общая заболеваемость) язвенной болез-

ню желудка и 12-перстной кишки в 2007—2010 гг. практически не изменялась.

Заболеваемость в трудоспособном возрасте логично ниже, чем в возрасте старше трудоспособного (табл. 3).

В таблицах 2 и 3 приведена летальность по классу болезней органов пищеварения в целом и от отдельных нозологических форм — процент умерших из числа поражённых заболеваниями (общей заболеваемости). Как и заболеваемость, летальность пациентов в возрасте старше трудоспособного выше, чем в трудоспособном. Несомненно, сказывается полипатичность и полиорганность накопленной с возрастом патологии, синдром взаимного отягощения болезней — всё это снижает возможности и эффективность терапии любого заболевания.

Как видно из таблицы 3, к концу 2010 г. той или иной болезнью органов пищеварения страдало 8,3 % взрослых г. Минска трудоспособного возраста, 17,7 % — лиц пенсионного возраста, большая часть этих заболеваний — болезни пищевода, желудка и 12-перстной кишки.

Обращает на себя внимание высокая летальность при неинфекционном энтерите и колите, особенно у лиц пенсионного возраста — 8,67 %, то есть в 2010 г. умер каждый 12-й из числа этих пациентов.

Высока летальность при болезнях печени. В 2010 г. от них умер каждый 11-й пациент с поражением печени — как пациентов трудоспособного возраста, так и пенсионного. Основной нозологической формой болезней печени, формирующих смертность по классу в целом, является фиброз и цирроз печени, в том числе алкогольная болезнь печени (жировой гепатоз, алкогольный гепатит, алкогольный цирроз печени). Алкогольная болезнь печени — это 8—9 % всех фиброзов и циррозов печени в статистике, представленной АПО Минска по данным отчётов о случаях зарегистрированных забо-

Таблица 2 — Заболеваемость взрослого населения Минска болезнями органов пищеварения в 2007—2010 гг. (на 1000) и летальность (%)

Показатели	2007			2008			2009			2010		
	Заболеваемость		Летальность, %	Заболеваемость		Летальность, %	Заболеваемость		Летальность, %	Заболеваемость		Летальность, %
	общая	первичная		общая	первичная		общая	первичная		общая	первичная	
Болезни органов пищеварения	88,1	14,7	0,67	94,7	17,4	0,67	99,5	16,4	0,65	105,2	18,4	0,66
Из них:												
болезни полости рта, слюнных желёз, челюстей	4,1	1,6		4,5	1,7		4,1	1,6		4,6	2,3	
язва желудка и 12-перстной кишки	20,9	1,0	0,16	20,7	1,3	0,15	21,2	1,2	0,16	20,9	1,1	0,17
гастрит и дуоденит	27,3	3,2		32,0	4,4		34,1	3,6	0,01	38,3	4,7	
грыжи	3,6	1,7	0,11	3,8	1,5	0,12	4,2	1,4	0,06	4,7	1,4	0,11
неинфекционный энтерит и колит	1,8	0,9	4,00	2,1	1,1	4,02	2,6	1,0	3,28	2,6	0,8	3,59
болезни печени	3,7	0,4	9,76	3,8	0,4	10,64	4,3	0,4	9,57	5,0	0,6	8,95
В том числе:												
алкогольная болезнь печени (число пациентов)				169	37	60,4	223	36	52,47	211	56	69,67
фиброз и цирроз печени (кроме алкогольного)				1,0	0,1	31,2	1,2	0,1	26,53	1,4	0,2	22,93
болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей	12,9	1,8	0,11	12,9	1,8	0,12	14,0	1,8	0,08	14,8	2,0	0,08
В том числе:												
желчнокаменная болезнь	4,5	1,1	0,21	4,8	1,1	0,18	5,5	1,1	0,14	6,3	1,3	0,11
болезни поджелудочной железы	3,5	0,5	2,03	3,5	0,6	1,94	3,6	0,6	2,18	3,9	0,8	2,04
острый панкреатит и другие болезни поджелудочной железы		0,5	14,82		0,6	11,40		0,6	13,4		0,8	10,31
Острое отравление алкоголем (число случаев)		0			212			132			170	
Умерло от острого отравления алкоголем (число случаев)		351			347			338			336	
Всего острых отравлений алкоголем (число случаев)		351	100		559	62,1		470	71,9		506	66,4

леваний. От алкогольной болезни печени по статистике в г. Минске умирает каждый второй такой пациент трудоспособного возраста и почти каждый (летальность 78,6 %) пациент пенсионного возраста. Летальность при фиброзе и циррозе печени (кроме алкогольного) в 2010 г. также была высокой — умер каждый из пяти таких людей трудоспособного

возраста и каждый четвёртый — пенсионного. Несомненно, что среди пациентов с фиброзом и циррозом печени (кроме алкогольного) значительный удельный вес лиц с алкогольным анамнезом, но отсутствие чётких диагностических критериев алкогольсоциированности заболеваний даёт в итоге ту статистику, которую мы имеем.

Таблица 3 — Стратифицированная общая заболеваемость (поражённость) на 1000 человек соответствующего возраста и летальность (%) при болезнях органов пищеварения в Минске в 2008—2010 гг.

Болезни	2008 г., возраст				2009 г., возраст				2010 г., возраст			
	трудоспособный		пенсионный		трудоспособный		пенсионный		трудоспособный		пенсионный	
	заболеваемость общая	летальность	заболеваемость общая	летальность	заболеваемость общая	летальность	заболеваемость общая	летальность	заболеваемость общая	летальность	заболеваемость общая	летальность
Болезни органов пищеварения	75,8	0,52	160,6	0,93	79,9	0,51	164,7	0,89	82,8	0,55	176,5	0,83
Из них:												
болезни полости рта, слюнных желёз, челюстей	4,5		4,3		4,1		4,2		5,0		3,6	
болезни пищевода, желудка и 12-перстной кишки	46,4		85,5		48,2		91,2		53,0		97,2	
язва желудка и 12-перстной кишки	18,0	0,09	30,2	0,29	18,2	0,07	31,0	0,33	17,2	0,08	32,8	0,32
гастрит и дуоденит	26,2		52,0	0,01	28,0		54,3	0,02	31,9		58,9	
грыжи	2,6	0,03	8,2	0,22	2,7	0,03	9,2	0,09	3,0	0,03	10,0	0,19
неинфекционный энтерит и колит	1,9	0,46	3,1	11,47	2,2	0,38	3,8	8,96	2,1	0,52	4,1	8,67
болезни печени	3,2	9,05	5,8	13,76	3,6	8,63	6,7	11,24	4,0	8,88	8,0	9,06
Из них:												
алкогольная болезнь печени	0,1	52,8	0,1	80,4	0,1	46,39	0,2	70,18	0,1	66,45	0,2	78,57
фиброз и цирроз печени	0,8	27,5	1,7	37,5	1,0	23,80	1,9	31,12	1,1	22,14	2,3	24,16
болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей	8,2	0,01	29,3	0,23	8,6	0,03	32,0	0,12	8,6	0,01	34,8	0,14
из них желчекаменная болезнь	3,0	0,03	11,2	0,32	3,1	0,05	13,4	0,21	3,5	0,00	15,2	0,20
болезни поджелудочной железы	2,4	2,36	7,2	1,45	2,4	2,57	7,6	1,77	2,6	2,33	7,8	1,73
острый панкреатит	0,5*	11,3	0,9*	11,7	0,5*	11,82	0,8*	16,72	0,7*	8,77	1,0*	13,81

* Первичная заболеваемость.

В патогенезе развития, манифестации и танатогенезе острых и хронических панкреатитов далеко не последнюю роль играет острое либо хроническое употребление алкогольных напитков. Алкогольное поражение поджелудочной железы встречается у 25 % алкоголиков [1]. Заболевание тяжёлое, смертность и летальность — высокая, особенно при остром панкреатите.

Болезни поджелудочной железы в целом, включая острые и хронические панкреатиты, — проблема для пациентов пенсионного возраста в 3 раза большая, чем для трудоспособных лиц (табл. 3). Острые панкреатиты проблематичнее для них в среднем в 1,5 раза. Летальность при панкреатитах в

целом выше у трудоспособных пациентов, чем у лиц пенсионного возраста, при остром панкреатите — с 2010 г. выше у пациентов старших возрастов в 1,6 раза. От острого панкреатита в 2010 г. умер каждый одиннадцатый человек с острым панкреатитом трудоспособного возраста и каждый седьмой — пенсионного, то есть выживаемость пациентов старших возрастов намного ниже.

В общеклинической и патологоанатомической практике существует понятие алкогольной болезни, при которой длительное злоупотребление алкогольными напитками приводит к соматическим последствиям, нередко с преимущественным поражением того или иного внутреннего ор-

гана (органы-мишени). Форма алкогольной болезни определяется основным органом-мишенью. Различают печёночную, панкреатическую, сердечную, желудочную, почечную формы алкогольной болезни, также бактериальную деструкцию лёгких на фоне алкогольного поражения внутренних органов. Имеются данные о возможном прямом действии алкоголя на слизистую желудочно-кишечного тракта, почки. При этом соматические последствия злоупотребления алкоголем наблюдаются как при сформировавшейся алкогольной зависимости, так и вне рамок алкоголизма [1; 2]. Смертность от алкогольного поражения печени и поджелудочной железы является преобладающей в структуре нозологических форм алкогольной болезни.

В современной научной и практической медицине в определённой степени невозможно исключить особенности подхода к формулировке и клинического и морфологического диагнозов, что обусловлено отсутствием на сегодняшний день чётких диагностических критериев патологии, ассоциированной с алкогольной зависимостью, а также их расплывчатостью. В конечном итоге всё это определяет несколько различающуюся статистику заболеваний, ассоциированных с зависимостью от алкоголя, в каждом регионе.

С целью усиления акцента на проблему роли злоупотребления алкоголем на заболеваемость и смертность взрослых Минска в таблице 2 приведены данные последних лет о случаях острого отравления алкоголем. Приведённые данные о заболеваниях в сопоставлении со случаями смерти

вызывают определённое мнение о недоучёте всех случаев острых отравлений в статистике заболеваемости. Это означает, что более вероятен недоучёт случаев, которые закончились летально в реанимации больничных организаций или вне лечебного учреждения, что объясняет статистический алогизм в таблице 2 — число умерших больше числа зарегистрированных заболевших (отравившихся). В силу такой ситуации очевидно, что в графе «Заболеваемость» отражены только случаи выживших лиц после острого отравления алкоголем, поэтому считаем оправданным анализировать заболеваемость при остром отравлении алкоголем как сумму выживших и умерших.

При остром отравлении алкоголем практически наблюдается самая высокая летальность из числа названных выше заболеваний. Средний возраст умерших в 2010 г. составил 49,5 года.

Анализ статистики заболеваемости и смертности от алкогольсассоциированных болезней в Беларуси и регионах был представлен в статье ранее [3].

Смертность от болезней органов пищеварения взрослых трудоспособного возраста Минска к 2010 г. возросла, но она ниже смертности в возрасте старше трудоспособного возраста (табл. 4). Довольно высока частота патолого-анатомической верификации причины смерти. Случайные отравления алкоголем — эта статистика представляется судебно-медицинской экспертизой, подчинённой прокуратуре. Данные о вскрытии умерших (погибших) от неё не поступают в Национальный статистический комитет Республики Беларусь.

Таблица 4 — Смертность от болезней органов пищеварения взрослого населения Минска (на 1000 человек соответствующего возраста) и частота патолого-анатомической верификации диагноза (процент вскрытий)

Болезни	2007 г., возраст		2008 г., возраст		2009 г., возраст		2010 г., возраст		Процент патолого-анатомических исследований			
	трудоспособный	пенсионный	трудоспособный	пенсионный	трудоспособный	пенсионный	трудоспособный	пенсионный	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Болезни органов пищеварения	0,4	1,3	0,4	1,5	0,4	1,5	0,5	1,2	92,5	79,4	81,3	81,6
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	0,01	0,1	0,02	0,08	0,01	0,1	0,04	0,07	9,6	95,8	96,2	92,9
Алкогольная болезнь печени (цирроз, гепатит, фиброз)	0,06	0,1	0,05	0,1	0,06	0,1	0,08	0,1	63,6	65,7	76,9	82,3
Фиброз и цирроз печени (кроме алкогольной)	0,2	0,6	0,2	0,6	0,2	0,6	0,2	0,4	70,9	74,3	75,5	72,9
Случайное отравление алкоголем	0,22	0,27	0,23	0,21	0,21	0,24	0,63	0,35				

Смертность от острого панкреатита в Минске практически ежегодно составляет 0,08 на 1000 взрослых (8 на 100 тыс.).

В анализируемый небольшой период четырёх лет отмечалась вариабельность показателей смертности лиц и чёткая тенденция не наметилась (см. табл. 4). Тем не менее смертность от язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки населения трудоспособного возраста возросла, при вариабельности по годам смертности от алкогольной болезни печени и острого отравления алкоголем в 2010 г. был подъём смертности. В таблице 4 предложены показатели на 1000 соответствующего населения, и они кажутся незначительными и не очень удручающими — это абстрактная статистика. Но смерть каждого отдельного лица — это 100 %-ная трагедия, а также безвозвратные потери города. В связи с этим, чтобы более реально представить ситуацию, в таблице 5 приводится абсолютное число умерших лиц с акцентом на трудоспособное население и мужской

контингент. Из числа умерших от всех болезней класса в 2010 г. умерли в трудоспособном возрасте 49,6 % взрослых, мужчин — 60,7 %, от язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки — 30,4 % и 67,9 % соответственно (табл. 5). От неинфекционных энтеритов и колитов умирали в основном пациенты старше трудоспособного возраста (81 % случаев), причём чаще женщины (57,2 %). Смерть от алкогольной болезни печени, фиброза и цирроза печени чаще достигала пациентов трудоспособного возраста — 70 % и 58,6 % соответственно и мужчин — 66 % и 63,4 %; от панкреатитов — 59 % и 73 %, острого отравления алкоголем — 75,9 % трудоспособных и 75,3 % мужчин. Смерть от онкологических заболеваний, естественно чаще — в 78 %, была у пациентов старше трудоспособного возраста, в 55,1 % — мужчины.

Таблица 5 — Число умерших от отдельных болезней органов пищеварения взрослого населения г. Минска в 2007—2010 гг.

Болезни	2007				2008				2009				2010			
	всего	трудоспособные	мужчины	трудоспособные мужчины	всего	трудоспособные	мужчины	трудоспособные мужчины	всего	трудоспособные	мужчины	трудоспособные мужчины	всего	трудоспособные	мужчины	трудоспособные мужчины
А	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Болезни органов пищеварения (в целом по классу)	883	438	531	333	962	459	565	333	1003	482	598	368	1072	532	651	405
Язва желудка и 12-перстной кишки	50	15	31	12	48	18	32	16	52	15	29	12	56	17	38	16
Гастрит и дуоденит	2	2	1	1	1		1		4	1	2	1	2	1	2	1
Болезни аппендикса	2		2						2	1	1	1	1	1	1	1
Грыжи	6	1	3		7	1	4	1	4	1	1	1	8	1	2	1
Неинфекционные энтериты и колиты	109	10	46	10	130	10	55	10	131	10	49	7	145	13	62	12
Паралитический илеус и непроходимость кишечника	7	1	3	1	9	3	7	3	6	1	2	—	4	1	2	1
Алкогольная болезнь печени (цирроз, гепатит, фиброз)	107	67	78	54	102	65	68	42	117	77	73	57	147	103	97	71
Фиброз и цирроз печени (кроме алкогольной)	409	237	258	176	483	267	286	187	494	278	316	206	505	296	320	225
Другие болезни печени	25	15	12	9	27	14	16	9	22	10	15	9	31	16	13	10
Желчекаменная болезнь	14	2	4	2	13	1	5	1	12	2	4	1	11	0	2	0
Холецистит	3		2		3		2		3	1	0	0	5	0	0	0
Другие болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей	4	3	2	2	8		4		2	0	0	0	3	1	3	1
Острый панкреатит и другие болезни поджелудочной железы	107	69	70	54	102	67	70	55	122	74	87	63	122	72	89	58
Другие болезни органов пищеварения	40	16	22	12	29	13	15	9	32	11	19	10	32	10	20	8
Случайное отравление алкоголем	351	263	277	224	347	275	274	236	338	253	268	220	336	255	253	205
Онкозаболевания органов пищеварения	1234	308	723	244	1396	347	767	247	1308	306	723	238	1354	298	746	224

Картина проблемы болезней органов пищеварения у взрослого населения Минска была бы неполной без показателей о заболеваемости злокачественными образованиями. По приведённым в таблице 6 данным (в расчёте на совокупное население) за 2001—2010 гг. имеется тенденция к снижению онкологических заболеваний пищевода и желудка, выраженному росту частоты рака ободочной и прямой кишок. Выявляемость онкологических заболеваний отдельных локализаций меняется с течением времени, возраст — важный фактор в развитии онкологических заболеваний. В целом он-

кологические заболевания более распространены в пожилом возрасте. За 2010 г. приведены данные, рассчитанные на взрослое население Минска — в расчёте на усреднённый терапевтический участок в 2010 г. заболело в среднем 2—2,5 человека, состоит под наблюдением онкологического диспансера 8—9 человек, умирает как минимум 1 человек. В целом смертность снижается (численность населения Минска растёт, это статистика), летальность уменьшается (совершенствуется лечение, выявление заболеваний в курабельных стадиях), однако число умерших увеличивается (см. табл. 5).

Таблица 6 — Статистика онкологических болезней органов пищеварения в г. Минске (на 100 тыс. населения)

Локализация	Заболеваемость			Контингенты			Смертность			Летальность		
	2001	2005	2010	2001	2005	2010	2001	2005	2010	2001	2005	2010
Губа	0,8	0,8	1,0	10,5	10,1	9,3	0,3	0	0,2	2,9	0,0	2,2
Пищевод	3,1	3,2	2,9	2,6	3,3	4,6	2,3	2,3	2,3	88,5	69,7	50,0
Желудок	30,3	29,6	28,4	88,6	93,8	103,4	23,9	21,5	20,7	27,0	22,9	20,0
Ободочная кишка	21,1	26,8	30,4	80,4	106,1	143,2	14,3	13,6	16,8	17,8	12,8	11,7
Прямая кишка	17,6	19,8	20,4	63,9	78,0	96,8	12,7	10,4	11,5	19,9	13,3	11,9
Печень (РБ)			4,4									
Поджелудочная железа (РБ)			9,5									
Всего	72,9	80,2	97,0	246,0	291,3	357,3	53,5	47,8	51,5	21,7	16,4	14,4
Взрослое население			117,0			427,7			61,6			14,4

Первичный выход на инвалидность взрослому населению Минска по причине болезней органов пищеварения составил в 2010 г. 1,3 случая на 10 тысяч.

Выводы

Обобщая полученные материалы, можно отметить, что приведённые данные — это оценочная информация о зарегистрированных органами статистики случаях на основании отчётов ОЗ о заболеваемости и смертности, но, возможно, в силу некоторых причин, не фактических. В первую очередь это касается патологии, ассоциированной с алкоголем. Чётко просматривается негативное влияние употребления алкоголя на заболеваемость и смертность от болезней органов пищеварения. Особую озабоченность вызывает заболеваемость и смертность в трудоспособном возрасте и мужская сверхсмертность.

Поскольку потребление алкоголя является в определённой мере регулируемым фактором, необходимо подчеркнуть возможность снижения алкогольной смертности. В связи с тем что ассоциированные с алкоголем летальные исходы являются потенциально предотвратимыми, очевидна необходимость разработки *альтернативных организа-*

ционных программ (межведомственных), направленных на предотвращение употребления алкоголя контингентом групп повышенного риска, численность которого постепенно увеличивается.

С учётом направлений деятельности органов и организаций здравоохранения на 2012 г. по улучшению качества диспансерного наблюдения за пациентами трудоспособного возраста становится очевидной потребность в расширении полномочий и перераспределении обязанностей по этому виду деятельности между врачами и медицинскими сёстрами, а также между врачами и фельдшерами (помощниками врача) с высшим образованием. Одной из категорий наблюдения для этих специалистов могут стать пациенты с заболеваниями 12-перстной кишки.

Материалы исследования в определённой мере можно использовать в мероприятиях по формированию приверженности к здоровью у населения трудоспособного возраста, преимущественно для мужских коллективов. Это может стать убедительным научно обоснованным выводом (рекомендацией), влияющим на умонастроение части населения в области ответственности за собственное здоровье. Реализация потенциала здоровья для активной и полноценной жизни находится не только в руках государства,

но и каждого человека в отдельности, ибо «усилие есть необходимое условие нравственного совершенствования» — писал Л. Н. Толстой. Начинать следует, на наш взгляд, каждому интеллигентному человеку с определённым уровнем общей и медицинской культуры, которая позволит личным примером поддерживать уровень собственного благополучия индивидуальными усилиями, поскольку, как писал знаменитый А. Швейцер: «Личный пример — не просто лучший метод убеждения, а единственный».

Список цитированных источников

1. Недзьведь, М. К. Патологическая анатомия алкоголизма : метод. рекомендации / М. К. Недзьведь. — Минск, 2001. — 14 с. Утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь 16.08.2001 г.
2. Серов, В. В. Клиническая морфология висцерального алкоголизма / В. В. Серов, С. П. Лебедев // Арх. патологии. — 1988. — № 3. — С. 48—53.
3. Проблемы заболеваний и причин смерти, ассоциированных с алкоголем, в Беларуси / С. И. Антипова [и др.] // Медицина. — 2011. — № 1. — С. 35—40.

4. Содействие здоровому образу жизни : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.]; науч. ред. Т. В. Матвейчик. — Минск : РИПО, 2011. — 276 с.

5. Матвейчик, Т. В. Сестринский руководитель в системе первичной медицинской помощи : для обучающихся на курсах «Организация здравоохранения», «Организация сестринского дела» медицинских вузов и колледжей : монография / Т. В. Матвейчик, А. П. Романова, Л. В. Шваб; Бел. мед. акад. последипломного образования. — Минск : ГУ Республиканская научная медицинская библиотека, 2012. — 88 с.

Abstract. The article presents the statistical data (morbidity, incidence, mortality and lethality rate) of digestive diseases in the adult population of Minsk at employment age and older. Increased morbidity and mortality have been noted. A negative effect of alcohol intake on the morbidity and mortality of the population has been pointed out with an emphasis on alcohol-associated diseases frequency in Minsk. Oncological diseases morbidity and mortality are also discussed in the article.

Key-words: *digestive diseases, morbidity, mortality, lethality, oncological diseases.*

