

ФОРМИРОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова, г. Якутск;
Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга

В Республике Саха (Якутия) регистрируются с высокой частотой хронические вирусные гепатиты, а также их отдаленные неблагоприятные исходы. Широкомасштабная вакцинация против гепатита В позволит значительно сократить число больных с циррозом и раком печени, у которых болезнь ассоциирована с HBV-инфекцией. Установлены факторы риска развития первичного рака печени в республике: коренная национальность, мужской пол, репликативная активность вирусов В, С и D, повышенное соотношение уровней содержания в крови альдегид- и алкогольдегидрогеназы. Разработана организационная модель оказания помощи больным с хроническими вирусными гепатитами в Республике Саха (Якутия).

Ключевые слова: вирусный гепатит, первичный рак печени, факторы риска, Республика Саха (Якутия).

Введение

Республика Саха (Якутия) [РС(Я)] является самым крупным субъектом Российской Федерации и располагается на северо-востоке России. По данным Госкомстата России (2000), РС (Я) занимает территорию 3103,2 тыс. км², что составляет 18 % от всей территории России. В зоне вечной мерзлоты, за Полярным кругом, находится около 40 % территории республики.

Республика граничит на западе с Красноярским краем, на юге-западе – с Иркутской областью, на юге – с Читинской и Амурской областями, на юго-востоке – с Хабаровским краем, на востоке – с Магаданской областью и Чукотским автономным округом, на севере ландшафты образуют моря Лаптевых и Восточно-Сибирское. РС(Я) вместе с Приморским и Хабаровским (с Еврейской автономной областью) краями, Амурской, Камчатской (с Корякским автономным округом), Магаданской, Сахалинской областями и Чукотским автономным округом входит в состав Дальневосточного федерального округа [7].

РС(Я) считается гиперэндемичным регионом Российской Федерации по распространенности гемоконтактных вирусных гепатитов В, С и D. Тяжелое течение парентеральных вирусных гепатитов, дальнейшая их хронизация связаны с наличием иммунодефицитных состояний, частота которых значительно возрастает при неблагоприятной экологической обстановке, что в частности и характерно для РС(Я) [1, 11].

Профилактика парентеральных вирусных гепатитов В, С и D основана на общих принципах, однако в каждом регионе при разработке и внедрении этих программ необходимо учитывать социально-экономические, экологические, на-

циональные и культурные особенности, характеризующие данную территорию [3–5, 8, 9, 11, 12].

Цель исследования – на основе анализа клинико-эпидемиологических данных больных с хроническими вирусными гепатитами разработать организационную модель профилактики хронических вирусных гепатитов и первичного рака печени в РС (Я).

Материалы и методы

Для эпидемиологического исследования использовали материалы официальной статистики Роспотребнадзора при Правительстве РС(Я). Клинические данные обобщили и обработали по медицинским документам пациентов с хроническими вирусными гепатитами В, С и D, в том числе в стадии цирроза и первичного рака печени на основании материалов Якутского республиканского онкологического диспансера и инфекционного отделения Якутской городской клинической больницы в период с 1996 по 2011 г. Изучили распространенность HBV, HCV-инфекции и первичного рака печени по медико-географическим зонам РС(Я).

При установлении диагноза учитывали эпидемиологические, клинические, биохимические данные, специфические серологические маркеры вирусных гепатитов и молекулярно-биологические методы исследования с определением генотипов вируса гепатита В, С и D.

Результаты и их обсуждение

Уровень регистрации хронических вирусных гепатитов не имеет тенденции к снижению, общий показатель пораженности в 2011 г. составил 1502,5 на 100 тыс. населения и является, по данным референс-центра по надзору за вирус-

ными гепатитами, самым высоким по Российской Федерации.

В настоящее время учет хронических вирусных гепатитов В, С и D и их исходов в РС(Я) ведется на основании годовых отчетов инфекционистов (1 раз в год). Данная форма отчета внедрена в республике в 2010 г. В течение многих лет в РС(Я) с высокой частотой регистрируются все хронические формы гепатитов В, С, D и миксты, а также их неблагоприятные исходы, такие как цирроз и первичный рак печени. На 31.12.2012 г., по данным популяционного регистра по РС(Я), на учете состоят 13 098 человек (без учета вирусоносителей гепатита В), из них с хроническими гепатитами – 12 609 [с хроническим гепатитом В (ХГВ) – 6109, с хроническим гепатитом С (ХГС) – 5008, с хроническим гепатитом D (ХГД) – 671, с хроническими микст-гепатитами – 624, с хроническим гепатитом неуточненной этиологии – 197], с циррозами печени – 422, с гепатоцеллюлярной карциномой – 67 пациентов.

Для полноценного анализа заболеваемости хроническими вирусными гепатитами, а также разработки и внедрения современных методов диагностики и лечения, улучшения качества консультативно-методической и практической помощи больным с данной патологией необходимо, в первую очередь, создание автоматизированной программы по сбору и анализу информации о больных – организация единого популяционного регистра. С сентября 2012 г. начато внедрение в практику здравоохранения РС(Я) электронного регистра лиц, больных с хроническими вирусными гепатитами, разработанного референс-центром по мониторингу за вирусными гепатитами в рамках пилотного проекта Минздрава РФ. В электронный регистр вносятся данные всех лиц с хроническим вирусными гепатитами В, С и D, в том числе с исходами в цирроз и первичный рак печени, а также сведения о больных, которые нуждаются в трансплантации печени в условиях клиник Санкт-Петербурга и Москвы. В настоящее время на листе ожидания в РС(Я) состоят 16 больных с хроническими вирусными гепатитами В, С и D в стадии субкомпенсированного цирроза печени, со стадией В и С по шкале Child-Turcotte-Pugh [приказ Минздрава РС(Я) от 20.05.2008 г. № 01-8/9-272 «О мониторинге листа ожидания высокотехнологичной медицинской помощи в Республике Саха (Якутия)», приказ Минздрава РС(Я) от 31.03.2010 г. № 01-01-08/24 «О мерах по реализации Соглашения ВМП-СУ-34/10 от 23.03.2010 г. о предоставлении субсидии из федерального бюджета бюджету РС(Я) на софи-

нансирование государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам РФ»].

Первичная профилактика при хронических вирусных гепатитах должна быть направлена на обеспечение протективного иммунитета у населения путем универсальной вакцинации против гепатита В, являющейся эффективным способом профилактики у вакцинированных как хронического вирусного гепатита В, так и цирроза печени, и, собственно, первичного рака печени. Иммунизация в РС(Я) проводилась в рамках республиканской целевой программы «Вакцинопрофилактика», в настоящее время дополнительная вакцинация против гепатита В реализуется в рамках Национального приоритетного проекта «Здоровье», общее число привитых на начало 2012 г. – 815 997 человек, что составило 86,5 % от всего населения РС(Я).

Мониторинг за выполнением национального проекта проводился в соответствии с рекомендациями и отчетными формами Роспотребнадзора. Внедренная в 2009 г. система сбора данных в программе АИС «Медстат» по отчетной форме № 620 «Сведения о движении медицинских иммунобиологических препаратов в лечебно-профилактических учреждениях по состоянию на 1-е число следующего за отчетным месяцем в дозах» позволяет в ежемесячном режиме отслеживать движение медицинских иммунобиологических препаратов во всех районах республики.

Вторичная профилактика заключается в контроле или эрадикации вирусов гепатита В, С и D путем противовирусной терапии больных с хроническими вирусными гепатитами, что может существенно снизить заболеваемость раком печени [пегилированный интерферон- α , рибавирин, аналоги нуклеоз(т)идов – ламивудин, энтекавир, телбивудин, адефовир и др.]. Противовирусное лечение хронических вирусных гепатитов в РС(Я) проводилось по 3 источникам финансирования: в рамках республиканской подпрограммы «Анти-ВИЧ (СПИД) и профилактика социальных заболеваний», по федеральной льготе для инвалидов (ДЛО) и в рамках Национального приоритетного проекта «Здоровье». Кроме того, 18 пациентов с хроническим вирусным гепатитом В получают терапию аналогами нуклеоз(т)идов по международному протоколу AI 463080 «Рандомизированное наблюдательное исследование Энтекавира по оценке долгосрочных результатов нуклеозидной/нуклеотидной монотерапии для больных с хронической вирусной инфекцией гепатита В: исследование REALM (Bristol-Myers Squibb, BMS)».

Третичная профилактика направлена на предупреждение прогрессирования хронического гепатита и перехода его в цирроз – рак печени и может быть достигнута путем своевременного распознавания хронических вирусных гепатитов. Трудности начального этапа диагностики опухолевых поражений печени обусловлены скудной симптоматикой и недостаточной информативностью общеклинических методов исследования. Активная диспансеризация больных с хроническими вирусными гепатитами В, С и D с проведением адекватной противовирусной терапии в дальнейшем приведет к снижению частоты заболеваемости первичным раком печени в популяции.

Нами была изучена многолетняя динамика заболеваемости населения РС(Я) первичным раком печени за 1996–2007 гг. Всего за данный период в республике было зарегистрировано 1658 случаев заболевания раком печени, при этом лиц мужского пола было 944 (56,9 %) человека, женского – 714 (43,1 %). В табл. 1 представлена динамика заболеваемости первичным раком печени в зависимости от места проживания и этнической принадлежности населения республики.

На протяжении наблюдаемого периода показатели заболеваемости раком печени у сельских жителей были выше по отношению к уровню заболеваемости городских жителей. Соотношение показателей заболеваемости раком печени в 1996 г. среди горожан и сельчан было 1:2, соответственно ($12,9 \pm 1,4$) и ($27,4 \pm 2,8$) ‰_{0000} , а в 2007 г. составило 1:1, соответственно ($12,9 \pm 1,4$) и ($18,9 \pm 2,4$) ‰_{0000} , что возможно могло быть обусловлено миграцией сельского населения в город. В среднем, заболеваемость раком печени у коренного населения была в 2 раза чаще, чем среди некоренных жителей.

Таким образом, заболеваемость первичным раком печени существенно отличается среди различных групп населения на территории рес-

публики. Высокий уровень заболеваемости первичным раком печени регистрируется в сельских районах РС(Я) среди коренных жителей. Проанализированы показатели заболеваемости по медико-географическим зонам в зависимости от половой принадлежности; соотношение заболеваемости у мужчин и женщин – 1,7:1,0 (рис. 1). Наиболее высокие показатели среди мужского населения зарегистрированы в зонах Центральной – ($31,4 \pm 2,6$) ‰_{0000} и Заполярной Якутии – ($30,1 \pm 2,5$) ‰_{0000} . Они достоверно различались по сравнению со средними значениями по РС(Я) ($p < 0,05$). Высокие, но статистически незначимые показатели были выявлены в зонах Восточной – ($23,9 \pm 2,3$) ‰_{0000} и Западной Якутии – ($23,4 \pm 2,2$) ‰_{0000} . Низкими показателями заболеваемости первичным раком печени отличаются крупные города – ($13,0 \pm 1,7$) ‰_{0000} и Южная зона – ($13,0 \pm 1,7$) ‰_{0000} .

Максимальный показатель заболеваемости первичным раком печени в женской популяции отмечен в зоне Центральной Якутии – ($19,6 \pm 2,0$) ‰_{0000} . Высокий уровень заболеваемости выявлен в зоне Заполярья – ($13,3 \pm 1,7$) ‰_{0000} и Западной Якутии – ($16,1 \pm 1,8$) ‰_{0000} . Низкие показатели заболеваемости среди женщин также наблюдались в крупных городах – ($8,0 \pm 1,3$) ‰_{0000} , зонах Восточной – ($5,9 \pm 1,1$) ‰_{0000} и Южной – ($7,5 \pm 1,2$) ‰_{0000} Якутии ($p < 0,05$). Соотношения стандартизованных показателей заболеваемости мужского и женского населения отдельных зон колеблются от 1,6:1,0 в Центральной до 4:1 в Восточной Якутии [6]. Низкие показатели заболеваемости первичным раком печени в зоне крупных городов, по нашему мнению, можно объяснить наличием более квалифицированной и высокотехнологичной медицинской помощи в городских лечебно-профилактических учреждениях.

Для изучения метаболических изменений в печени при хронических вирусных гепатитах у наблюдающихся определялась активность алкогольдегидрогеназы (АДГ) и альдегиддегидрогеназы (АльДГ) – основных ферментов метаболизма этанола. По данным М.Н. Алексеевой (2002), у коренных жителей было выявлено снижение активности АДГ и АльДГ при любом течении и этиологии заболевания печени в сравнении с европеоидным населением республики [2]. У коренных жителей республики уровень АДГ и АльДГ повышен в динамике наблюдения у больных с циррозом печени HBV-этиологии в стадии обострения (табл. 2). Среди некоренного населения уровень повышения АДГ и АльДГ при цирротической стадии был повышен в меньшей степени.

Таблица 1
Заболеваемость первичным раком печени населения РС(Я)

Год	Заболеваемость на 100 тыс. населения			
	городское	сельское	некоренное	коренное
1996	$12,9 \pm 1,4$	$27,4 \pm 2,8$	$12,1 \pm 1,4$	$26,7 \pm 2,5$
1997	$14,5 \pm 1,5$	$24,1 \pm 2,6$	$10,1 \pm 1,3$	$28,9 \pm 2,6$
1998	$13,5 \pm 1,4$	$20,3 \pm 2,4$	$12,0 \pm 1,5$	$23,0 \pm 2,3$
1999	$12,5 \pm 1,4$	$26,0 \pm 2,7$	$7,5 \pm 1,1$	$30,7 \pm 2,6$
2000	$12,6 \pm 1,4$	$21,7 \pm 2,5$	$9,2 \pm 1,3$	$25,3 \pm 2,4$
2001	$12,7 \pm 1,4$	$23,3 \pm 2,6$	$7,9 \pm 1,2$	$27,0 \pm 2,4$
2002	$11,6 \pm 1,4$	$22,9 \pm 2,5$	$6,0 \pm 1,1$	$29,2 \pm 2,5$
2003	$15,5 \pm 1,6$	$23,8 \pm 2,7$	$9,3 \pm 1,4$	$28,4 \pm 2,5$
2004	$11,9 \pm 1,4$	$22,6 \pm 2,7$	$7,3 \pm 1,3$	$25,3 \pm 2,3$
2005	$13,8 \pm 1,5$	$17,6 \pm 2,2$	$8,3 \pm 1,4$	$23,6 \pm 2,3$
2006	$12,5 \pm 1,4$	$22,1 \pm 2,6$	$9,6 \pm 1,4$	$23,5 \pm 2,2$
2007	$12,9 \pm 1,4$	$18,9 \pm 2,4$	$8,4 \pm 1,4$	$22,2 \pm 2,1$

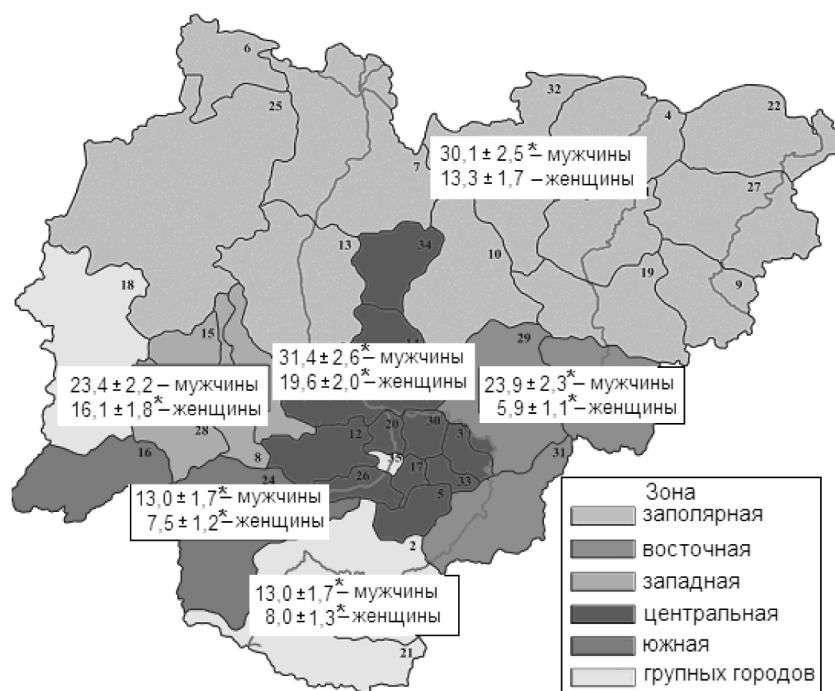


Рис. 1. Заболеваемость первичным раком печени населения медико-географических зон территории РС(Я) за 1996–2007 гг.

[* по сравнению со средними значениями по РС(Я) различия значимые при $p < 0,05$].

Таблица 2
Активность АЛТ, АДГ и АльДГ в различные сроки обследования при ХГВ с циррозом печени у коренных жителей ($n = 35$)

Дни от начала наблюдения	АЛТ, мкмоль/(л·ч)	АДГ, мкмоль/(л·мин)	АльДГ, мкмоль/(л·мин)	АДГ/АльДГ
0	-	1120 ± 180	950 ± 120	1,23 ± 0,25
7-й	-	1120 ± 170	860 ± 120	1,35 ± 0,24
14-й	-	1000 ± 130	850 ± 90	1,2 ± 0,22
21-й	2,75 ± 0,20	1010 ± 110	880 ± 50	1,2 ± 0,25
28-й	2,75 ± 0,22	1020 ± 110	870 ± 70	1,21 ± 0,21
35-й	1,95 ± 0,21	920 ± 70	780 ± 80	1,23 ± 0,20
42-й	1,86 ± 0,20	830 ± 60	770 ± 90	1,08 ± 0,19
Контроль	0,6	190 ± 7	200 ± 6	0,95 ± 0,09

Повышенное соотношение АДГ/АльДГ и, соответственно, концентрации ацетальдегида приводят к длительной репликации и высокой вероятности хронической инфекции, и могут служить прогностическим фактором прогрессирования хронического гепатита в цирроз печени.

Анализ молекулярно-биологической диагностики вирусов у больных с первичным раком печени показал, что среди 38 обследованных больных на фоне формирования рака сохранялась репликативная активность вирусов гепатитов В, С и D. У всех больных раком печени на фоне ХГВ наблюдалась виремия: монорепликация вируса D – в 64,7 % случаев, микст-репликация вирусов В и D – у 35,3 % пациентов. При ХГВ и рака печени ДНК В обнаружена у 76,9 %

больных, при ХГС в 100 % выявлена в ПЦР РНК вируса С. Полученные результаты подтверждают необходимость проведения своевременной противовирусной терапии хронических вирусных гепатитов с целью профилактики развития цирроза и рака печени [1, 10].

В РС(Я) внедрено обязательное диспансерное наблюдение лиц с хроническими диффузными заболеваниями печени с двукратным серологическим определением

уровня альфа-фетопротейна (АФП) и ультразвуковое исследование печени в течение 1 года [приказ Минздрава РС(Я) от 12.12.2012 г. № 01-8/4-2166 «О диспансерном наблюдении больных с хроническими вирусными гепатитами В, С и D»].

На рис. 2 представлена организационная модель профилактики и лечения хронического вирусного гепатита с циррозом и первичным раком печени в РС(Я). Модель предусматривает три основных звена профилактики, ведущих к основной цели проводимых мероприятий, – снижению заболеваемости первичным раком печени в республике.

Большое практическое значение имеют рекомендации по профилактике вирусных гепати-

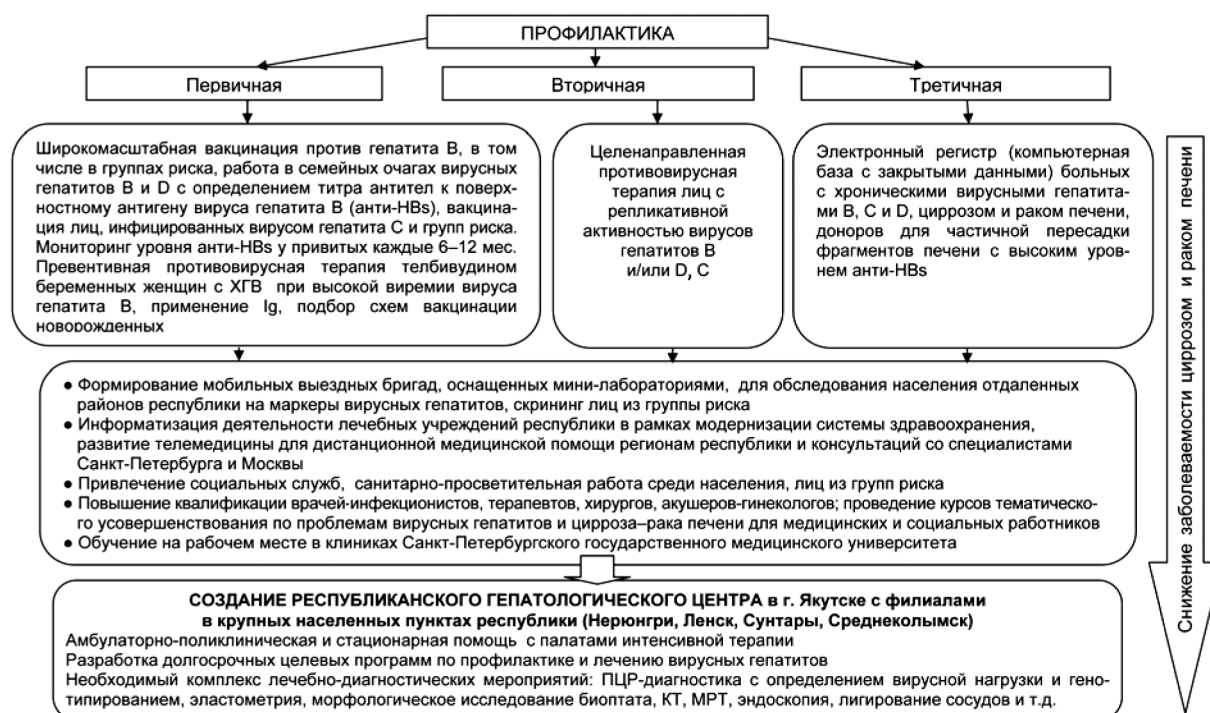


Рис. 2. Организационная модель профилактики и лечения хронического вирусного гепатита с циррозом и раком печени.

тов и их неблагоприятных исходов (цирроз и рак печени), включая подготовку и принятие долгосрочных целевых республиканских программ, 100 % скрининг в группах риска, комплекс мероприятий первичной, вторичной и третичной профилактики, информационную и образовательную работу с различными группами населения (члены семей больных с хроническими вирусными гепатитами, медицинские работники, молодежь и т. д.).

Медико-социальные подходы имеют реабилитационную и профилактическую направленность, перечень их специальных функций можно объединить в три группы: медико-ориентированные, социально-ориентированные и интегративные. В рамках медико-ориентированных функций рассматриваются предупреждение рецидивов заболевания, смертности, вторичная и третичная профилактика, санитарно-гигиеническое просвещение. Данные мероприятия позволят провести грамотно комплекс профилактических мероприятий, подготовить пациента и его семью к противовирусной терапии, обеспечить мониторинг в ходе проводимого лечения, что повысит результативность проводимых лечебно-профилактических мероприятий. Социально-ориентированные функции включают консультирование семей, обеспечение комплексной медицинской и социальной помощью пациентов и их членов семей. Интегративные функции предполагают действия по формированию установок

на здоровый образ жизни, осуществлению медицинской и социальной реабилитации инвалидов, содействию предупреждению распространения вирусных гепатитов, участие в разработке комплексных программ медико-социальной помощи нуждающимся группам населения на разных уровнях (муниципальный, республиканский, федеральный), обеспечение преемственности при взаимодействии специалистов в решении проблем пациентов с хроническими вирусными гепатитами.

Необходимость создания непрерывного профессионального образования содействовала разработке и внедрению в медицинском институте Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова курса «Вирусные гепатиты», который был организован при содействии специалистов Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова в соответствии с договором о научно-техническом сотрудничестве. Это было обусловлено необходимостью повышения уровня знаний медицинских работников (инфекционистов, хирургов, врачей общей практики, терапевтов, гастроэнтерологов, акушеров-гинекологов) по обсуждаемой проблеме для раннего выявления вирусных гепатитов В, С и D, снижения смертности и улучшения качества жизни пациентов.

В качестве целевого индикатора функционирования организационной модели будет вы-

ступать заболеваемость хроническими вирусными гепатитами В и С, циррозом и первичным раком печени в регионе, качество медицинской и социальной помощи данной категории лиц, а также уровень защищенности всего населения и групп риска (доноры, беременные, медицинские работники, члены семей больных с хроническими вирусными гепатитами) от вирусных гепатитов.

Основным компонентом организационной модели является Республиканский гепатологический центр (см. рис. 2), который будет координировать работу службы на территории Якутии посредством современных информационных средств связи с региональными филиалами в межрайонных центрах республики. В рамках создания гепатологического центра крайне необходимо развитие лабораторной службы с созданием центральной лаборатории, организационно и методически объединяющей различные скрининговые лаборатории лечебно-профилактических учреждений республики. Нарастание числа случаев тяжелых осложнений хронических вирусных гепатитов с циррозом и раком печени определяет необходимость улучшения оснащения инфекционных стационаров с оборудованными палатами интенсивной терапии.

Принципами деятельности организационной модели будут являться комплексная диагностика и мониторинг, преемственность действий специалистов (инфекционисты, терапевты, врачи общей практики, гастроэнтерологи, онкологи, хирурги, акушеры-гинекологи), доступность и всеобщий охват медицинской помощью, профессионализм специалистов, медико-социальная помощь и поддержка пациентов и их ближайшего окружения.

Таким образом, создана новая организационная модель профилактики и лечения хронического вирусного гепатита с циррозом–раком печени, основанная на комплексном медико-социальном мониторинге населения мультидисциплинарной группой специалистов, для отбора лиц, нуждающихся в противовирусной терапии и социальной поддержке, а также в высокотехнологичной медицинской помощи.

Широкомасштабная вакцинация против гепатита В, активное диспансерное наблюдение и адекватная противовирусная терапия у лиц с хроническими вирусными гепатитами В, С и D, совершенствование оказываемой медицинской помощи населению могут явиться важным моментом в снижении риска возникновения цирроза и рака печени в регионе. Наряду с проведением традиционных методов клинического обследования (ультразвуковое исследование

печени, определение уровня альфа-фетопротейна, эластометрия), определение активности АДГ и АльДГ имеет большое значение при изучении метаболических изменений в гепатоцитах под воздействием различных факторов внешней среды.

Заключение

Опыт по специфической профилактике гепатита В в Республике Саха (Якутия) демонстрирует достоверное снижение заболеваемости острыми формами HBV-инфекции в результате проведенных мероприятий, что в ближайшие десятилетия окажет влияние на значительное сокращение неблагоприятных исходов хронического вирусного гепатита В: цирроза и первичного рака печени.

Увеличение охвата диспансеризацией больных с острыми и хроническими вирусными гепатитами В, С, D, носителей вируса гепатита В не менее 90 %, в том числе с внедрением ранних методов диагностики цирроза и рака печени вирусной этиологии, грамотный отбор лиц, нуждающихся в противовирусной терапии и оказание медицинской помощи данной группе лиц, в том числе высокотехнологичной, будет способствовать снижению числа больных с первичным раком печени в республике.

Важнейшим звеном в организационной модели профилактики и лечения хронических вирусных гепатитов в Республике Саха (Якутия) является создание Республиканского гепатологического центра с филиалами в крупных населенных пунктах республики, а также целесообразна организация специальных экспедиций, включающих мини-лаборатории, в отдаленные районы республики с целью своевременного выявления хронических вирусных гепатитов и их целенаправленного лечения. Изучение условий проживания в различных районах Республики Саха (Якутия), оценка характера оказания медицинской помощи населению позволят усовершенствовать комплекс профилактических мероприятий.

Многокомпонентная структурно-функциональная модель службы профилактики и борьбы с вирусными гепатитами в Республике Саха (Якутия) позволит решить проблемы медико-социальной защиты различных групп населения и обеспечения здоровья нации, создать регистр и долгосрочные программы комплексной профилактики вирусных гепатитов.

Литература

1. Абдурахманов Д.Т. Хронический гепатит В и D. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 288 с.

2. Алексеева М.Н. Вирусные гепатиты в Республике Саха (Якутия) : автореф. дис ... д-ра мед наук. – СПб., 2002. – 37 с.
3. Апросина З.Г. Хронический активный гепатит как системное заболевание. – М. : Медицина, 1981. – 190 с.
4. Блюгер А.Ф., Новицкий И.Н. Практическая гепатология. – Рига : Звайгзне, 1984. – 405 с.
5. Блюгер А.Ф. Современные проблемы клинической гепатологии // Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. – 1987. – № 11. – С. 51–59.
6. Гепатология Севера / П.М. Иванов [и др.]. – Якутск : Сфера, 2012. – 304 с.
7. Максимов Г.Н. Родная Якутия: природа, люди, природопользование / под ред. М.Ю. Присяжного. – Якутск: Бичик, 2003. – 168 с.
8. Покровский В.И., Онищенко Г.Г., Черкасский Б.Л. Актуальные направления совершенствования профилактики инфекционных болезней // Эпидемиол. и инфекц. болезни. – 2000. – № 1. – С. 4–7.
9. Рахманова А.Г., Яковлев А.А., Виноградова Е.Н. Хронические вирусные гепатиты и цирроз печени : руководство для врачей. – СПб., 2006. – 413 с.
10. Рахманова А.Г., Яковлев А.А. Хронические вирусные гепатиты и ВИЧ-инфекция. – СПб., 2011. – 164 с.
11. Слепцова С.С. Клинико-эпидемиологические особенности вирусного гепатита В в Республике Саха (Якутия) : автореф. дис ... канд. мед. наук. – СПб., 2003. – 24 с.
12. Шахгильдян И.В., Михайлов М.И., Онищенко Г.Г. Парентеральные вирусные гепатиты (эпидемиология, диагностика, профилактика). – М. : ВУНМЦ Минздрава РФ, 2003. – 384 с.
13. Chronic viral hepatitis and hepatocellular carcinoma / Y. Barazani, J.R. Hiatt, M.J. Tong [et al.] // World J. Surg. – 2007. – Vol. 31. – P. 1245–1250.
14. Chu C.M. Natural history of chronic hepatitis B virus infection in adults with emphasis on the occurrence of cirrhosis and hepatocellular carcinoma // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2000. – Vol. 15. – P. 25–30.
15. Lai E.C., Lau W.Y. The continuing challenge of hepatic cancer in Asia // Surgeon. – 2005. – N 3. – P. 210–215.
16. Hepatitis B and C virus infection as risk factors for Liver cirrhosis and cirrotic hepatocellular carcinoma: a case control – study / J.F. Tsai [et al.] // Liver. – 1994. – Vol. 14. – P. 98–102.

УДК 616.314.17-056

О.В. Прохорова, Н.А. Дорофейчик-Дрыгина

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ПОЖАРНЫХ МЧС РОССИИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никитина
МЧС России, Санкт-Петербург

Анализ данных углубленного медицинского осмотра специалистов ГПС показал, что около 60 % обследованных лиц имеют хронические заболевания ЖКТ, в большинстве случаев (76 %) сочетающиеся с воспалительно-деструктивными формами заболеваний пародонта, в связи с чем необходимо оценивать риск взаимного отягощения пародонтологической патологии и соматических заболеваний у данной группы специалистов ГПС с целью своевременного обследования и лечения у врачей-интернистов и стоматологов.

Ключевые слова: заболевания пародонта, заболевания желудочно-кишечного тракта, пожарные МЧС России.

Введение

Среди стоматологических заболеваний II место по распространенности занимают заболевания пародонта, которые, по данным ВОЗ (2006 г.), встречаются практически у всех лиц старше 40 лет.

Многочисленные исследования показали [1, 3, 5], что при патологии органов пищеварения часто возникают воспалительные процессы тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта, изменения в слюнных железах и даже костной ткани. С другой стороны – патологические

процессы в полости рта становятся очагами хронической инфекции и, нарушая акт жевания, приводят к ухудшению функционирования желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и обострению его хронических заболеваний [2, 3].

Длительные физические и нервно-психические нагрузки в процессе профессиональной деятельности могут приводить к существенному изменению функционального состояния и работоспособности, обуславливать возникновение и прогрессирование соматических заболеваний, в том числе патологии органов пищева-