

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-

ния, что актуально у сотрудников Государственной противопожарной службы (ГПС) МЧС России. Несмотря на то, что доказана связь между заболеваниями пародонта и патологией ЖКТ, теме взаимосвязи данных изменений у сотрудников ГПС МЧС России посвящено незначительное число исследований, вследствие чего создается необходимость проведения углубленного изучения проблемы взаимного влияния соматической и пародонтологической патологии.

Материалы и методы

Провели комплексное обследование 132 сотрудников ГПС МЧС России на базе клиники № 1 Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова (ВЦЭРМ) МЧС России в 2011–2012 гг. в режиме дневного стационара в возрасте от 21 до 52 лет, средний возраст – $(33,5 \pm 1,3)$ года.

Обследование пожарных проводили при их информированном согласии с соблюдением этических норм в соответствии с требованиями Независимого этического комитета при ВЦЭРМ. На основании клинико-анамнестических данных, биохимических показателей – пепсиногена I (ПГ I), пепсиногена II (ПГ II), гастрин-17 (Г-17), антител класса IgG к *Helicobacter pylori* (анти-Нр) – ELISA, «BIONIT» (Финляндия), фиброгастродуоденоскопии с комплексным гистологическим исследованием биоптатов, обследованных пожарных разделили группы:

- 1-я – с хроническими гастритами (ХГ);
- 2-я – с язвенной болезнью (ЯБ);
- 3-я – с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

Биохимические исследования провели в клинико-диагностической лаборатории – зав. – д-р биол. наук Л.Б. Дрыгина (табл. 1). Оказалось, что кислотозависимые заболевания желудочно-кишечного тракта имели 75 пожарных.

При анализе стоматологического статуса в статье приведены сведения об этих пациентах.

При стоматологическом осмотре у всех обследованных провели детализацию жалоб пациентов, сбор анамнестических данных и их синдромологическую систематизацию. При сборе анамнеза заболевания учитывали причины возникновения и обострения заболеваний пародонта, а также время возникновения. Выясняли и оценивали какими заболеваниями страдает пациент в настоящее время или какие заболевания и оперативные вмешательства он перенес. Важной частью опроса являлась оценка гигиены полости рта (регулярность, знание правил и средств гигиены полости рта). Дополнительно оценивали: индекс гигиены рта Грина–Вермиллиона (OHI-s) – пародонтальный индекс (PI по A. Russell); степень кровоточивости десны по методу Мюллмана; папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА),

Всем пациентам обязательно проводили рентгенологическое обследование – ортопантомографию.

Обследуемую группу пожарных формировали на основании выявления напряженного характера труда, связанного с работой в экстремальных условиях и значительными эмоциональными нагрузками.

Для статистической обработки данных использовали программный продукт Statistica 6.0. В статье представлены средние оценки и ошибки средних величин. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы (об отсутствии значимых различий или факторных влияний) был принят равным 0,05.

Результаты и их анализ

Анализ данных углубленного медицинского осмотра специалистов ГПС показал, что 56,5 % из них имеют кислотозависимые болезни верхних отделов ЖКТ. Практически аналогичные данные были получены в исследованиях М.В. Санниковым, М.А. Власенко и С.В. Дударенко [4]. Достоверных связей определенных заболеваний с возрастом не выявлено (табл. 2).

В возрастной группе пожарных 36 лет и старше кислотозависимые заболевания желудка сочетались с выраженными воспалительно-деструктивными заболеваниями пародонта. Выявлены достоверные корреляционные связи между возрастом и неравномерной костной деструкцией альвеолярной кости ($r = 0,36$; $p < 0,05$), и количеством удаленных зубов ($r = 0,38$; $p < 0,05$).

Выявление маркеров изменения функциональной активности слизистой оболочки

Таблица 1
Биохимические показатели при заболеваниях верхних отделов ЖКТ

Группа	Анти-Нр, ед.	Г-17, пмоль/л	ПГ I, мкг/л	ПГ II, мкг/л	ПГ I/II, усл. ед.
1-я	117 ± 15	$4,1 \pm 3,2$	127 ± 11	18 ± 4	$7,1 \pm 0,1$
2-я	113 ± 3	$4,2 \pm 1,3$	183 ± 14	27 ± 8	$7,1 \pm 0,6$
3-я	43 ± 25	$0,07 \pm 0,01$	91 ± 7	10 ± 4	$7,1 \pm 0,5$

Таблица 2
Структура кислотозависимых заболеваний ЖКТ, количество (%)

Группа	Возраст, лет			Итого
	21–25	26–35	36 и старше	
1-я	15 (11,3)	15 (11,3)	14 (10,6)	44 (33,2)
2-я	2 (1,5)	1 (0,7)	3 (2,2)	6 (4,4)
3-я	2 (1,5)	10 (7,6)	13 (9,8)	25 (18,9)
Всего	19 (14,3)	26 (19,6)	30 (22,6)	75 (56,5)

Таблица 3
Частота жалоб у пациентов с заболеваниями ЖКТ, %

Группа	Заболевание	Кровоточивость десен	Болевые ощущения	Подвижность зубов	Нарушение функции жевания
1-я	ХГ	87 ± 2,5	65 ± 2,3	43 ± 1,8	49 ± 2,1
2-я	ЯБ	32 ± 1,1	40 ± 1,6	22 ± 0,6	26 ± 0,9
3-я	ГЭРБ	76 ± 2,4	60 ± 2,2	39 ± 1,6	43 ± 1,9
p <		1/2 – 0,001 1/3 – 0,001 2/3 – 0,01	1/2 – 0,001 1/3 – 0,001	1/2 – 0,001 1/3 – 0,001	1/2 – 0,001 1/3 – 0,001

желудка при скрининговом обследовании пациентов является достоверным фактором, способствующим сокращению сроков верификации заболеваний верхних отделов ЖКТ. В нашем исследовании при проведении корреляционного анализа в общей группе пожарных были выявлены достоверные корреляции между анти-НР и подвижностью зубов ($r = 0,31$; $p < 0,01$), обратная зависимость – с рецессией десны ($r = -0,23$; $p < 0,05$).

В 1-й группе пожарных встречаемость мягкого налета была в 1,4 раза чаще по сравнению с другими группами. 1-я группа пациентов с ХГ (см. табл. 1) характеризовалась 100 % выявлением анти-НР (более 40 ед.), что подтверждало инфекционную природу заболевания. В ответ на колонизацию *Helicobacter pylori* слизистой оболочки желудка у пациентов данной группы развивалось воспаление, о чем свидетельствовало повышение концентрации ПГ II (более 15 мкг/л) по отношению к верхней границе доверительного интервала для данного биохимического показателя.

Основными стоматологическими жалобами у пожарных были кровоточивость десен, болевые ощущения в деснах и зубах, подвижность зубов и нарушение функции жевания. Важно отметить, что данные жалобы пациенты сообщали только при очень тщательном опросе. Оказалось, что у пожарных 2-й группы все показатели, представленные в табл. 3, были наиболее благоприятными. Самая выраженная кровоточивость десен отмечалась у пожарных 1-й группы с ХГ.

Значения РМА среди пожарных колебались в широком диапазоне, средние показатели у пациентов с ЯБ составили ($56,5 \pm 4,4$) %, с ГЭРБ – ($60,2 \pm 4,2$) %, при ХГ – ($70,7 \pm 2,0$) %. Более выраженные воспалительные явления в тканях пародонта по данному показателю отмечаются у пациентов 1-й группы, по сравнению с показателями у пожарных 2-й и 3-й группы различия статистически значимые при $p < 0,05$.

При хроническом генерализованном пародонтите десневой край у пожарных часто отходил от шеек зубов, десна становилась рыхлой, легко ранимой, оседала в результате измене-

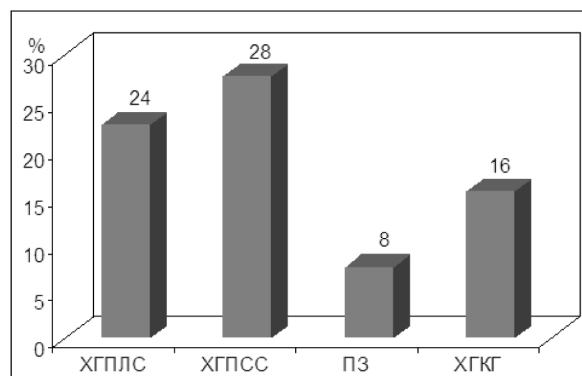
ний в связочном аппарате, костной ткани альвеолы и цемента корня зуба. При этом оголялись вначале шейки, а затем и корни зубов, создавалось впечатление удлиненных зубов.

При клиническом осмотре и анализе ортопантомограмм различали два вида десневых карманов: без деструкции костной ткани альвеолы и с деструкцией. Глубина, наличие экссудата и изъязвлений

пародонтальных карманов зависели от формы и стадии развития процесса в пародонте. Показатель PI был наименьшим у пожарных с ЯБ – ($1,6 \pm 0,1$) ед. В остальных группах тяжесть патологии пародонта у пациентов была более выраженной, показатель PI – свыше 3 ед.

Гигиена полости рта у большинства обследованных пожарных соблюдалась плохо или вовсе отсутствовала. При проведении контрольной чистки зубов правильная гигиена полости рта отмечалась только у 11 человек из 132, что составляет 8,3 %. При осмотре в 100 % случаях наблюдался мягкий налет на зубах, в 76 % случаях отмечались наддесневые минерализованные зубные отложения. Показатели индексной оценки состояния гигиены полости рта (индекс Green–Vermillion) имели заметные отклонения от нормы. Самый высокий показатель индекса был получен у пожарных 1-й и 3-й группы – ($2,5 \pm 0,1$) ед.

При зондировании определяли кровоточивость межзубных сосочков. Этот показатель свидетельствовал о том, что в зависимости от степени нарушения тканей пародонта происходит достоверное увеличение средних значений упрощенного индекса кровоточивости десневой борозды SBI по Muhlemann. Структура заболеваний пародонта у пожарных в 76 % была представлена разными формами хронического пародонтита, в числе которых в 24 % встречался пародонтит легкой степени (ХГПЛС), в 28 % – средней степени тяжести (ХГПСС), в 8 % –



Распространенность заболеваний пародонта.

пародонтоз (ПЗ). Доля хронического катарального гингивита (ХГКГ) составила 16 % (рисунок).

Выводы

Анализ данных углубленного медицинского осмотра специалистов ГПС МЧС России показал, что около 60 % обследованных лиц имеют хронические заболевания ЖКТ, в большинстве случаев (76 %) сочетающиеся с воспалительно-деструктивными формами заболеваний пародонта.

Экстремальные условия труда у пожарных предъявляют повышенные требования к функциональным резервам организма, а также усиливают влияние других факторов риска формирования и прогрессирования патологии органов желудочно-кишечного тракта (например, при вдыхании вредных продуктов горения, при нарушении правил использования средств индивидуальной защиты).

В группу риска по заболеваниям пародонта должны быть включены сотрудники ГПС России, имеющие гастроэнтерологическую патологию, среди которых целесообразно осуществлять

мероприятия по стоматологическому просвещению и усиливать мотивацию к ежедневному уходу за полостью рта.

Литература

1. Булкина Н.В., Осадчук М.А. Некоторые механизмы возникновения и прогрессирования воспалительных заболеваний пародонта у больных с сочетанной патологией желудочно-кишечного тракта // Пародонтология. – 2007. – № 2 (43). – С. 24–29.
2. Грудянов А.И. Заболевания пародонта. – М. : Мед. информ. аг-во, 2009. – 336 с.
3. Заболевания пародонта и «системные болезни»: известное прошлое, многообещающее будущее / С.Д. Арутюнов [и др.] // Пародонтология. – 2009. – № 1 (50). – С. 3–6.
4. Санников М.В., Власенко М.А., Дударенко С.В. Состояние пищеварительной системы у специалистов Государственной противопожарной службы МЧС России Санкт-Петербурга // Мед-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2012. – № 2. – С. 13–18.
5. Anand P.S., Nandakumar K., Shenoy K.T. Are dental plaque, poor oral hygiene, and periodontal disease associated with *Helicobacter pylori* infection? // J. Periodontol. – 2006. – Vol. 77, N 4. – P. 692–698.