

А

**ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию**

Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области

«Утверждаю»

Ректор КемГМА

Профессор Ивойлов В.М.



«Утверждаю»

Начальник ДОЗН

Кемеровской области

Цой В.К.



Т. Е. Помыткина

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У РАБОТНИКОВ
ХИМИЧЕСКИХ ПРОИЗВОДСТВ КУЗБАССА**

Методические рекомендации

**Кемерово
КемГМА
2011**

Помыткина Т. Е. **Особенности течения и лечения язвенной болезни у работников химических производств Кузбасса** : метод. рек. / Т. Е. Помыткина. – Кемерово : КемГМА, 2011. – 37 с.

Методические рекомендации предназначены для врачей-терапевтов цеховой и участковой служб, гастроэнтерологов, клинических ординаторов и интернов, а также для специалистов смежных дисциплин в системе послевузовского профессионального образования врачей.

Рецензенты:

Осипов А. Г. – главный терапевт ДОЗН Кемеровской области;

Квиткова Л. В. – д-р мед. наук, проф., зав. каф. факультетской терапии, профессиональных болезней, клинической иммунологии и эндокринологии ГОУ ВПО КемГМА Росздрава;

Шибанова Н. Ю. – д-р мед. наук, проф., проф. каф. гигиены труда и гигиены питания ГОУ ВПО КемГМА Росздрава.

Методические рекомендации рассмотрены и рекомендованы ученым советом Кемеровской государственной медицинской академией 27.01.2011 г. к утверждению Департаментом охраны здоровья населения Кемеровской области.

© Кемеровская государственная медицинская академия, 2011.

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	4
НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ	5
АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ	5
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УСЛОВИЙ ТРУДА НА ПРОИЗВОДСТВАХ СОЕДИНЕНИЙ АЗОТНОЙ ГРУППЫ	8
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЕЗНЯМИ ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОГО ТРАКТА У РАБОТНИКОВ ПРОИЗВОДСТВ СОЕДИНЕНИЙ АЗОТНОЙ ГРУППЫ И РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВА	13
АНАЛИЗ АНАМНЕЗА, ОСОБЕННОСТЕЙ ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ОЦЕНКА НР-СТАТУСА	15
СОСТОЯНИЕ БЕЛКОВОГО, ЛИПИДНОГО, УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНОВ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПЕЧЕНИ	17
ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ (ГАСТРИН-17 И ПЕПСИНОГЕН-1) СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА	19
СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА	20
СОДЕРЖАНИЕ ЦИТОКИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ	23
ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	25
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ	26
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ БОЛЬНЫХ, ИМЕЮЩИХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ КОНТАКТ С САГ	31
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	32
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	33

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АЛТ	– аланинаминотрансфераза
АСТ	– аспартатаминотрансфераза
ВБД	– высокобелковая диета
ВОЗ	– Всероссийская организация здравоохранения
Г	– гастрит
Г-17	– гастрин-17
Д	– дуоденит
ДПК	– двенадцатиперстная кишка
ЕРБ	– Европейское региональное бюро
ЖВП	– желчевыводящие пути
ЖКТ	– желудочно-кишечный тракт
ЗВУТ	– заболеваемость с временной утратой трудоспособности
ЗОП	– заболевания органов пищеварения
ИБС	– ишемическая болезнь сердца
ИПП	– ингибиторы протонной помпы
ИРИ	– иммунорегуляторный индекс
ЛДГ	– лактатдигидрогеназа
ИЛ-1 β	– интерликин-1 β
ИЛ-4	– интерликин-4
ИФ- γ	– интерферон- γ
МОТ	– Международная организация труда
ОВСД	– основной вариант стандартной диеты
П	– печень
ПГ-1	– пепсиноген-1
ПДК	– предельно допустимые концентрации
ПДУ	– предельно допустимые уровни
ПЖЖ	– поджелудочная железа
ПЗ	– профессиональные заболевания
ПОЗ	– профессионально обусловленные заболевания
САГ	– соединения азотной группы
СО	– слизистая оболочка
СОЖ	– слизистая оболочка желудка
ФНО- α	– фактор некроза опухоли – α
ЦИК	– циркулирующие иммунные комплексы
ЩД	– щадящая диета
ЩФ	– щелочная фосфатаза
ЯБ	– язвенная болезнь
ЯБЖ	– язвенная болезнь желудка
ЕГ	– этиологическая доля
НР	– <i>Helicobacter pylori</i>

НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Приоритетной задачей здравоохранения Российской Федерации является охрана и укрепление здоровья трудящегося населения [9, 14, 18, 36]. Это в полной мере относится к работникам предприятий химической промышленности – одной из основных отраслей Западно-Сибирского региона. Кемеровская область является регионом с развитой химической промышленностью, в которой занято более 10 % трудоспособного населения [14]. Проблема сохранения и укрепления здоровья данной социальной группы, улучшения условий ее труда и быта, повышения качества лечебно-профилактической помощи является актуальной для здравоохранения Кузбасса.

В настоящее время недостаточно изучено влияние различных вредных производственных факторов на механизмы возникновения и прогрессирования язвенной болезни (ЯБ) у работников химической промышленности. Анализ данных по распространенности, особенностям клинического течения, лечения и профилактики ЯБ у работников химических производств Кузбасса является актуальным и имеет большое практическое значение.

Настоящее методическое издание посвящено изучению влияния условий труда производств соединений азотной группы (САГ) на возникновение и прогрессирование ЯБ, разработке научно обоснованной системы первичной и вторичной профилактики, этиопатогенетической терапии ЯБ у работников данных производств, дополнительным направлениям клинико-гигиенических мероприятий.

Методические рекомендации предназначены для врачей-терапевтов цеховой и участковой служб, гастроэнтерологов, клинических ординаторов и интернов, а также для специалистов смежных дисциплин в системе послевузовского профессионального образования врачей.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Среди заболеваний гастроэнтерологического профиля ЯБ занимает одно из ведущих мест. Частота и распространенность эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны, по данным разных авторов, колеблются от 5 до 18 %, а по числу амбулаторных обращений данная патология занимает 3-е место среди всех заболеваний органов пищеварения у взрослого населения [28].

Анализ данных по распространенности, особенностям клинического течения ЯБ является важным этапом в определении социального бремени для российского общества [11]. Таким образом, учитывая концепцию программы Президента «Здоровье работающего населения России на 2004–2015 гг.», работа по изучению распространенности заболеваний ЖКТ, и, в первую очередь, ЯБ, особенностей клинического течения, лечения и профилактики позволит улучшить состояние здоровья работников.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УСЛОВИЙ ТРУДА НА ПРОИЗВОДСТВАХ СОЕДИНЕНИЙ АЗОТНОЙ ГРУППЫ

КОО «Азот» представляет собой химическое предприятие, объединяющее ряд производств со своими технологиями и вредными веществами и соответственно с различными условиями труда. В структуре предприятия выделяются крупнотоннажные производства (аммиака, азотной кислоты, капролактама, карбамида, диметилформамида и аммиачной селитры), которые являются непрерывными, комплексно-механизированными и автоматизированными. Малотоннажные производства характеризуются периодичностью процессов, малой автоматизацией и механизацией (производство химикатов).

Химическую продукцию предприятия используют во многих городах страны и за рубежом при производстве химических волокон, технических тканей, автомобильных шин, резинотехнических изделий, в сельском хозяйстве, а также на объектах энергетики, угольных шахт. Во многих цехах технологический процесс изготовления химической продукции организован по замкнутой системе и является непрерывным. Такая организация труда позволила комплексно автоматизировать многие рабочие операции, а управление оборудованием сосредоточить на пультах или вынести из цехов в отдельные помещения.

Из оборудования используется разнообразная аппаратура для переработки и перемещения химических соединений – насосы, дозировочное, россевное оборудование, трубопроводы и пр. Неплотности в сочленениях оборудования, постоянная их работа могут быть источниками попадания в воздух производственных помещений химических соединений и пыли, а также производственного шума. Как и на всех предприятиях химического

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЕЗНЯМИ ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОГО ТРАКТА У РАБОТНИКОВ ПРОИЗВОДСТВ СОЕДИНЕНИЙ АЗОТНОЙ ГРУППЫ И РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВА

В целом на предприятии, где действует комплекс вредных производственных факторов, прежде всего химический, распространенность язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК) составила 41 случай на 1 000 работников, а среди работающего населения Кемерово – 19 на 1 000 человек, то есть на 54 % ниже ($p < 0,05$).

Для изучения возможного влияния вредных производственных факторов САГ на организм работников были проанализированы данные ЗВУТ болезнями органов пищеварения работников за 10 лет. Она составила $2,44 \pm 0,14$ случая ($47,05 \pm 3,49$ дня) на 100 работников и колебалась от $0,82 \pm 0,05$ случая ($15,95 \pm 0,46$ дня) в 2009 г. до $1,42 \pm 0,06$ случая ($30,87 \pm 1,79$ дня) – в 2000 г.

Среди болезней органов пищеварения 1-е место принадлежит ЯБЖ и ДПК – $1,11 \pm 0,12$ случая ($23,22 \pm 2,83$ дня), со средней продолжительностью случая – $20,86 \pm 0,38$ дня на 100 работников в среднем за 10 лет. Заболевания печени, поджелудочной железы и желчевыводящих путей (П, ПЖЖ и ЖВП) наблюдались в среднем за 10 лет – $0,67 \pm 0,02$ случая ($16,79 \pm 0,66$ дня), со средней продолжительностью случая – $25,10 \pm 0,42$ дня на 100 работников, гастрит и дуоденит (Г и Д) – в $0,66 \pm 0,04$ случая ($7,05 \pm 0,41$ дня), со средней продолжительностью случая $10,67 \pm 0,13$ дня на 100 работников.

ЗВУТ болезнями органов пищеварения среди работающего населения Кемерово за 10 лет составила $1,27 \pm 0,04$ случая ($25,24 \pm 1,50$ дня), со средней продолжительностью случая $19,77 \pm 0,59$ дня на 100 работников.

Среди болезней органов пищеварения работающего населения Кемерово заболеваемость ЯБЖ и ДПК составила $0,47 \pm 0,03$ случая ($10,66 \pm 1,06$ дня), со средней продолжительностью случая $22,57 \pm 0,78$ дня на 100 работников в среднем за 10 лет. Заболевания П, ПЖЖ и ЖВП наблюдались в среднем за 10 лет в $0,55 \pm 0,01$ случая ($11,45 \pm 0,33$ дня), со средней продолжительностью случая $20,81 \pm 0,47$ дня на 100 работников, Г и Д – в $0,25 \pm 0,01$ случая

работников, подвергавшихся комбинированному действию веществ азотной группы и органических растворителей, в отличие от работников, подвергавшихся изолированному действию этих групп химических веществ. Следует отметить, что степень связи этих заболеваний с работой оценивается от средней до очень высокой, что дает основание рассматривать их как профессионально обусловленные заболевания.

АНАЛИЗ АНАМНЕЗА, ОСОБЕННОСТЕЙ ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ОЦЕНКА НР-СТАТУСА

В результате анализа данных клинического анамнеза установлено, что клинические проявления начала заболевания ЯБ у работников производства САГ химического предприятия имели некоторые отличия от таковых при ЯБ у работников, не имевших данного контакта. Клиническая картина заболевания при стаже работы до трех лет характеризовалась интенсивной субъективной симптоматикой, повышенной секреторной и моторно-эвакуаторной функцией желудка.

С увеличением длительности язвенного анамнеза у работников клиническая картина рецидивов хотя и оставалась типичной для данного заболевания, но стала отличаться менее выраженными болевым и диспепсическим синдромами. Сравнительная оценка выраженности диспепсических жалоб при длительном течении заболевания показала, что в период обострения заболевания изжога, тошнота, рвота, отрыжка кислым регистрировались достоверно реже, а синдром раздраженного кишечника с запором встречался чаще в группах больных, контактировавших с САГ, чем у больных, не имевших данного контакта. Это касается не только частоты имевшегося синдрома, но в первую очередь его интенсивности.

Частота встречаемости курящих и злоупотребляющих алкоголем пациентов была достоверно больше в группах больных, имевших контакт с вредными факторами производства САГ. Было доказано, что, чем меньше стаж работы на предприятии, меньше длительность язвенного анамнеза, неблагоприятнее условия труда, тем больше больных, имеющих вредные привычки.

анамнеза 10 лет и более (76,3 %) и частым рецидивирующим течением (88,1 %).

Проанализировав полученные данные, мы полагаем, что негативными прогностическими признаками в развитии ЯБ у пациентов стали производственный контакт с САГ, а также отягощенная наследственность, злоупотребление алкоголем и курением, инфицированность НР, которые в сочетании (при длительном течении заболевания) с субъективными малозначимыми болевыми и диспепсическими ощущениями, отсутствием у большинства больных сезонности обострений способствуют поздней и нерегулярной обращаемости их за медицинской помощью, более частому развитию деструктивных осложнений. Наибольшее число больных отмечено в цехах, где САГ были в значительном количестве. С увеличением стажа работы росло число лиц с ЯБ.

СОСТОЯНИЕ БЕЛКОВОГО, ЛИПИДНОГО, УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНОВ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПЕЧЕНИ

Показатели белкового обмена, оцененные по традиционным критериям (содержание общего белка, альбуминов глобулиновых фракций, альбумин-глобулиновый коэффициент), несколько отличаются от соответствующих показателей здоровых людей, как работавших, так и не работавших на химических производствах.

Так, у здоровых лиц, имевших контакт с вредными факторами производства САГ, выявлено достоверное увеличение γ -глобулинов по сравнению с аналогичными показателями в группе здоровых людей, не работавших на химических производствах. Наибольшие изменения белкового обмена обнаружены у больных, подвергавшихся комбинированному действию соединений азота и органических растворителей: отмечено достоверное снижение содержания общего белка, увеличение γ -глобулинов по сравнению с группами здоровых людей, снижение концентрации альбуминов не только при сравнении с группами здоровых лиц, но и с показателями у больных, подвергавшихся изолированному действию соединений азота.

У всех больных ЯБ, подвергавшихся воздействию химических веществ раздражающего действия (аммиак, оксиды азота) и особенно комбинированному действию соединений азота и органических

Производные бензола, в концентрациях, значительно превышающих ПДК, вызывали повышение в крови уровня активности ЛДГ, ЩФ и снижение индукции холинэстеразы, что является показателем развития нарушений функции печени [35].

Вместе с тем, следует признать, что для суждения о функционально-морфологическом состоянии печени у больных ЯБ – работников производства САГ представленных биохимических показателей явно недостаточно. Несомненно то, что процессы метаболизма липидов в печени имеют прямое отношение к обнаруженным нарушениям липидного обмена у исследуемой группы больных. Поэтому данное направление нуждается в отдельных, углубленных исследованиях.

Общие нарушения белкового, липидного, углеводного обменов и функциональной активности печени на уровне целостного организма различного, но связанного с ЯБ генеза встречались значительно чаще у больных, страдающих ЯБ производства САГ. Таким образом, можно заключить, что вредные факторы производства САГ у больных гастродуоденальными язвами ведут к более тяжелому течению заболевания, чем у больных без отмеченных профессиональных вредностей.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ (ГАСТРИН-17 И ПЕПСИНОГЕН-1) СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА

В период обострения ЯБ наибольшие концентрации в сыворотке крови гастрин-17 (Г-17) и пепсиногена-1 (ПГ-1) были зарегистрированы у больных ЯБ, работающих на производстве САГ, при стаже работы на химическом предприятии менее 3 лет, причем в большей степени – у больных, подвергавшихся комбинированному действию соединений азота и органических растворителей.

При длительном стаже работы на химическом производстве САГ у больных отмечалось статистически значимое снижение Г-17 и ПГ-1 в фазу обострения заболевания, отражающее степень понижения процессов регуляции кислотопродукции и свидетельствующее о возникновении атрофических процессов в СОЖ.

После антисекреторной и антихеликобактерной терапии у больных наблюдалось статистически значимое по сравнению с исходным уменьшение уровня Г-17 и ПГ-1 при стаже работы менее

3 лет, что свидетельствовало об уменьшении воспалительных изменений в СОЖ и было расценено как благоприятный признак, препятствующий ульцерогенезу. Нами установлено статистически значимое увеличение Г-17 и ПГ-1, отражающее уменьшение признаков атрофии СОЖ, после проведенного лечения у лиц, длительно контактировавших с вредными веществами химического производства САГ. Хотя необходимо отметить, что с увеличением стажа работы на химическом производстве, особенно у больных, подвергавшихся комбинированному действию соединений азота и органических растворителей, сохранялись низкие уровни Г-17 и ПГ-1 в сыворотке крови, несмотря на проведенное лечение, что являлось неблагоприятным прогностическим признаком сохранения и усиления интенсивности местных атрофических процессов в слизистой оболочке.

Таким образом, ассоциация ЯБ с химическим производственным фактором сопровождалась при коротком стаже работы на предприятии достоверно более выраженным градиентом концентрации Г-17 и ПГ-1 по сравнению с таковым при ЯБ без контакта с вредными веществами. Эффективность эрадикационной и антисекреторной терапии способствовала однонаправленному снижению концентрации Г-17 и ПГ-1 при коротком рабочем стаже, а наличие длительного контакта с САГ на производстве сопровождалось увеличением изучаемых показателей.

При малом (менее 3 лет) стаже работы на химическом производстве САГ воздействие условий труда на организм больных ЯБ можно рассматривать как один из механизмов патологической адаптации к вредным условиям труда и тенденции к последующим рецидивам заболевания. При длительном стаже работы, по-видимому, возникают атрофические изменения СОЖ, свидетельствующие о прогностически неблагоприятном течении заболевания у работников данного предприятия.

СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА

Нами выявлено, что значения относительного содержания общего количества лимфоцитов в периферической крови у больных ЯБ химического предприятия и у здоровых лиц не различались. Тогда как содержание абсолютного количества лимфоцитов у больных ЯБ

Обобщая все вышеизложенное, можно сделать вывод, что содержание лимфоцитов, их популяций и субпопуляций у больных ЯБ, имевших производственный контакт с вредными факторами производства САГ, было снижено в большей степени, чем у больных ЯБ данного химического предприятия, не подвергавшихся данному контакту, а содержание ЦИК и иммуноглобулинов изучаемых классов было повышено, но в меньшей степени.

Безусловно, изученные показатели не могут в полной мере характеризовать состояние клеточного и гуморального иммунитета. Хотя совокупность полученных нами данных в результате иммунологических исследований в целом подтверждает наличие иммунных нарушений у пациентов, имевших производственный контакт с вредными факторами производства САГ при длительном стаже работы на химическом предприятии.

СОДЕРЖАНИЕ ЦИТОКИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ

Содержание цитокинов в сыворотке крови у здоровых работников химического производства САГ зависело от стажа работы и отличалось от содержания их у здоровых лиц, не работавших на химических производствах. У лиц со стажем работы на предприятии до 3 лет происходило достоверное снижение ИЛ-4 на фоне статистически значимого возрастания ИФ- γ , ФНО- α и ИЛ-1 β (провоспалительных цитокинов). Данные изменения в цитокиновом статусе являются прогностическим признаком возможного формирования различных нозологических состояний, обусловленных воздействием вредных веществ на работников химических производств.

Наибольшие концентрации в сыворотке крови провоспалительных цитокинов – ИЛ-1 β , ИФ- γ и ФНО- α – были зарегистрированы у больных, подвергавшихся изолированному действию соединений азота, и у больных, подвергавшихся комбинированному действию соединений азота и органических растворителей, по сравнению с показателями больных, не имевших контакта с вредными производственными факторами независимо от стажа работы на химическом предприятии.

Максимальное повышение концентрации провоспалительных цитокинов имело место у больных с ЯБ в стадии обострения при стаже работы на химическом предприятии до 3 лет, причем более

Таким образом, контакт с вредными производственными факторами на химическом производстве САГ у больных ЯБ приводит к выраженным изменениям цитокинового статуса. Наиболее существенное повышение содержания цитокинов регистрировалось у больных в стадии обострения заболевания, имевших в анамнезе контакт с вредными производственными факторами химического производства САГ и небольшой стаж работы на химическом предприятии, тогда как длительный стаж работы был сопряжен со снижением цитокиновой реакции в острый период язвенного процесса.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

При длительности язвенного анамнеза до трех лет частота выраженных (отек, гиперемия) и эрозивных воспалительных изменений антральной слизистой оболочки была максимально выражена у больных ЯБ, контактировавших на производстве с САГ. Выраженность воспаления антральной и бульбарной слизистых оболочек у больных ЯБ данного химического предприятия совпадает с более высокой частотой выявления у них острых эрозий в антральном отделе желудка, в луковице ДПК и большими по площади размерами язвенных дефектов.

При обследовании больных ЯБ с длительным течением заболевания выявлены дистрофические и атрофические процессы, нарушения резистентности и микроциркуляции СОЖ и ДПК, с наиболее высокой частотой атрофических изменений у лиц, подвергавшихся комбинированному действию соединений азота и органических растворителей, в отличие больных, не имевших контакта с вредными факторами производства.

Эндоскопическое исследование позволило также косвенно оценить нарушения моторной функции желудка у больных ЯБ с длительным язвенным анамнезом. Наибольший процент язвенных больных с проявлениями моторной дисфункции Ж выявлен у больных ЯБ, контактировавших с САГ.

Следовательно, контакт с вредными производственными факторами производства САГ способствует более высокой частоте моторных нарушений у лиц, подвергавшихся комбинированному действию соединений азота и органических растворителей,

и совпадает у них с более высокой частотой и выраженностью симптомов желудочной диспепсии.

Выявлены особенности морфогенеза ЯБ у работников производств САГ, проявляющиеся в виде выраженных нарушений трофики, супрессии ее резистентности по данным Шик-реакции и развития периульцерозных воспалительных явлений, морфологически достоверно подтверждающихся лейкопедозом, тканевым лейкоцитозом.

Таким образом, длительный производственный контакт работников с САГ приводит к тяжелым дегенетивно-атрофическим явлениям в СО желудка и ДПК, вызывает глубокие расстройства протективной способности, степень выраженности которых следует учитывать при определении объема и содержания лечебных мероприятий.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Лечебный режим

В период обострения лечение проводится в условиях дневного стационара поликлиники или гастроэнтерологического отделения, после выписки – амбулаторно, без освобождения от работы.

Диета

Механически и химически щадящая, питание дробное – 5–6 раз в день, далее – полноценная диета с повышенным количеством белка, ограничением острой пищи, приправ – на период выраженного обострения.

Накопленные в области лечебного питания данные свидетельствуют о том, что на фоне традиционного питания невозможно адекватно обеспечить потребность организма больного человека всеми необходимыми пищевыми и биологически активными компонентами для поддержания его жизнедеятельности, даже при условии проведения комплексной терапии. Дефицит основных нутриентов (белков, витаминов, микроэлементов) замедляет активность репаративных процессов, удлиняет сроки реабилитации больных и снижает эффективность лечебных мероприятий. Питание больных должно удовлетворять не только физиологические потребности организма, но и восполнять недостающие нутриенты (белки, жиры, углеводы и т. д.), поэтому в комплексной терапии

сделал еще один шаг вперед в направлении оптимизации диагностики и лечения инфекции НР [20, 27, 28, 46]. Более полно определена связь бактерии с рядом гастроэнтерологических и не гастроэнтерологических заболеваний, что дало возможность более четко сформулировать показания к проведению эрадикации. Подверглись существенному пересмотру схемы эрадикационной терапии. Все это позволяет надеяться на улучшение результатов лечения ЯБ, ассоциированной с НР.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ БОЛЬНЫХ, ИМЕЮЩИХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ КОНТАКТ С САГ

Учитывая то, что содержание лимфоцитов, их популяций и субпопуляций у больных ЯБ, имевших длительный производственный контакт с САГ, было снижено в большей степени, чем у больных ЯБ, не подвергавшихся данному контакту, а содержание ЦИК и иммуноглобулинов классов А, М и G было повышено, но в меньшей степени, мы пришли к выводу, что к данной категории больных необходим особый подход при назначении лечения.

Это доказывает и обосновывает необходимость особого подхода к категории больных ЯБ – работников химического производства САГ и свидетельствует о необходимости назначения не только общепринятой базисной терапии ЯБ, но и терапии препаратами с иммунокорректирующими свойствами на фоне использования ВБД. Причем многие авторы [13, 38, 40] указывают на то, что для повышения эффективности лечения больных ЯБ необходимо стимулировать защитные силы организма, особенно Т-клеточное звено иммунитета, путем назначения иммуномодулирующих средств, таких как «Тималин» (10 мг сухого препарата, растворенного в стерильном физиологическом растворе, внутримышечно ежедневно в течение 10 дней), Т-активин, левомизол, тимоген, дополнительно к основным средствам терапии, приведенным выше.

Поскольку длительный производственный контакт работников с САГ приводит к тяжелым дегенетивно-атрофическим явлениям в СО желудка и ДПК, вызывает глубокие расстройства протективной способности, необходимо ввести в схему лечения больных ЯБ препарат «Де-Нол» (240 мг 2 раза в день в течение месяца), что согласуется с данными литературы, так как на сегодняшний день оптимальным препаратом с цитопротективным действием является именно висмута трикалия дицитрат (Де-Нол).

Согласно Маастрихтскому консенсусу – 3, препарат висмута «Де-Нол» рекомендуется использовать при любых схемах эрадикационной терапии (тройная и квадротерапия 1 и 2-й линии) с целью повышения их эффективности за счет преодоления резистентности НР к антибиотикам. Де-Нол не только обладает антибактериальной активностью в отношении НР-инфекции, но и дает целый ряд цитопротективных эффектов: защитное действие на СОЖ, связывание желчных кислот, снижение секреции и активности пепсина, улучшение ультраструктуры СО, усиление секреции простагландинов и бикарбонатов, связывание эпидермального фактора роста [1, 3, 21, 37, 41].

Таким образом, больным ЯБ, имеющим производственный контакт с САГ, необходимо назначить патогенетически обусловленный комплексный метод лечения с применением дифференцированной диетотерапии на фоне стандартного противоязвенного лечения в сочетании с препаратами цитопротективного и иммуномодулирующего действия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Решение вопросов, касающихся охраны здоровья трудящихся химических производств, должно осуществляться комплексно, с участием органов и учреждений здравоохранения, администрации предприятий, профсоюзных и других общественных организаций. Администрация КОО «Азот» постоянно держит под контролем условия труда и состояние здоровья работников. На данном предприятии несколько десятков лет функционирует санитарная лаборатория, проводящая мониторинг параметров вредных производственных факторов. Планомерное проведение улучшения условий труда работников (снижение концентраций и уровней вредных факторов данных производств до допустимых нормативов) ведет к постепенному их оздоровлению, периодические медицинские осмотры, своевременная диагностика и лечение заболевших ЯБ (диетпитание, лекарственные препараты и др.) – к улучшению состояния их здоровья. Поэтому на первое место среди мер профилактики ЯБ, безусловно, следует поставить оздоровительные меры технического характера по снижению контактов работников с вредными факторами производства САГ, которые продолжает принимать администрация предприятия.

Учебное издание

Помыткина Татьяна Евгеньевна

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У РАБОТНИКОВ
ХИМИЧЕСКИХ ПРОИЗВОДСТВ КУЗБАССА**

Методические рекомендации

Корректор, технический редактор – Вавилова К. М.

Художественный редактор – Сапова Т. А.

Ответственный редактор – Помыткина Т. Е.

Подписано в печать 07.02.2011. Тираж 100 экз. Формат 21×30½.
Условных печатных листов 2,1. Печать трафаретная.

Отпечатано редакционно-издательским отделом
ГОУ ВПО КемГМА Росздрава
650029, Кемерово, ул. Ворошилова, 22а. <http://www.kemsma.ru/rio/>
Требования к авторам: <http://www.kemsma.ru/rio/forauth.shtml>