

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHİYYƏ NAZİRLİYİ  
AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ

*Əlyazması hüququnda*

**HÜSEYN ŞAMIL OĞLU ŞAHMALIYEV**

**XRONİKİ QASTRİT – DƏNİZ NEFTÇİLƏRİNİN SAĞLAMLIĞINI  
AĞIRLAŞDIRAN FAKTOR KİMİ VƏ ONUN MONİTORİNQİ,  
MÜALİCƏSİ VƏ PROFİLAKTİKASINA DAİR TƏDBİRLƏRİN  
TƏŞKİLATİ STRUKTURU**

32 12.01 – Səhiyyə və onun təşkili

Tibb elmləri üzrə fəlsəfə doktoru elmi adı almaq üçün  
təqdim edilmiş dissertasiyanın

**A V T O R E F E R A T I**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

*На правах рукописи*

**ГУСЕЙН ШАМИЛЬ оглы ШАХМАЛИЕВ**

**ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ КАК ФАКТОР, ОТЯГОЧАЮЩИЙ  
ЗДОРОВЬЕ МОРСКИХ НЕФТЯНИКОВ, И  
ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА МЕР ПО ЕГО  
МОНИТОРИНГУ, ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ**

32 12.01 – Здравоохранение и его организация

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**

диссертации на соискание ученой степени  
доктора философии по медицинским наукам

Диссертационная работа выполнена на кафедре Общественного Здоровья и Организации Здравоохранения Азербайджанского Медицинского Университета и на базе Центральной Больницы Нефтяников Азербайджанской Республики .

**Научный руководитель:**

Доктор медицинских наук, профессор

ЧОБАНОВ Р.Э.

**Официальные оппоненты:**

Доктор медицинских наук

Ибрагимли Х.И

Доктор философии по медицине

Багирова Ш.Б

**Ведущее учреждение:**

Национальный центр контроля заболеваний и общественного  
Здоровья Грузии

Защита диссертации состоится «20 » 09 \_\_\_\_\_ 2013 года в « » часов на заседании Диссертационного Совета F.D. 03.041 при Азербайджанском Государственном Институте Усовершенствования Врачей имени А.Алиева Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики.

Адрес: AZ 1012, г. Баку, Тбилисский проспект, квартал 3165.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Азербайджанского Государственного Института Усовершенствования Врачей имени А.Алиева.

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2013 года.

Ученый секретарь

Диссертационного Совета F.D 03.041

Доктор философии по медицине

Садыгова Г.Г.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы.** Морская добыча нефти является одним из показателей индустриальной мощи стран, играет исключительно важную роль в их экономике и благосостоянии населения. До сих пор морскую добычу нефти освоили всего 14 стран, пионером и лидером в этой отрасли остается наша республика (Т.Р.Говоров, С.М.Правдин, 2005). Морской добычей нефти в нашей республике в настоящее время занимаются свыше 10.000 МН. Специальность МН не только престижная и высокооплачиваемая, но и требует длительной профессиональной подготовки и специализации. Поэтому охрана здоровья и бесперебойная их трудоспособность важна не только с медицинских позиций, но и для сохранения достигнутого уровня нефтедобычи (Ф.Г.Джавадов, 2005; Т.Т.Лаптев с соавт., 2006; М.Р.Бородин, 2007; P.Adams, 2004).

В то же время необычная среда обитания, тяжелый физический труд, длительный вахтенный режим (15 дней и более), перебои в доставке средств жизнеобеспечения (пища, пресная вода и прочее), невозможность оказания срочной квалифицированной медицинской помощи и прочие факторы оказывают выраженное отягощающее воздействие на здоровье МН и существенно повышают риск развития различной заболеваемости (Г.Д.Нагибин с соавт., 2008; Г.Д.Красин, 2008; T.Holms et al., 2002; S.Foriman, S.Swerson, 2004). Особенно высок среди МН уровень ГДЗ и в первую очередь ХГ (С.М.Берман, 2008; О.В.Яковлев с соавт., 2005; K.Olafson, 2004). Например, в нашей республике удельный вес ХГ среди МН составляет 37,4%, что приводит к инвалидности и преждевременному уходу их на пенсию (Х.И. Юзбашев, 2008). Поэтому совершенствование медицинского обеспечения морских нефтяников является наиболее приоритетной задачей органов здравоохранения (Р.С.Камелев с соавт., 2004; Н.У.Шварцман с соавт., 2008; Р.А.Тропов с соавт., 2008; M.Simiona, 2003). Подобная служба позволит достоверно оценить факторы, приводящие к высокой заболеваемости ХГ и осуществлять его эффективную профилактику (Р.А.Тропов с соавт., 2008; O.Faiting, 2007; O.Porps et al., 2006; S.Dihson et al., 2005).

ХГ наиболее распространенное заболевание населения мира. В то же время лечение ХГ из-за поздней обращаемости часто не приносит желаемого результата, заболевание приобретает затяжной харак-

тер с периодическими обострениями (В.В.Чернин, 2006; Я.С. Циммерман, 2008; M.Blaser, 1998).

Недавнее открытие БНр и установление ее этиологической значимости при ХГ способствовало кардинальному пересмотру многолетиями сложившейся тактики лечения этого заболевания. Дополнительное использование для этой цели антибиотиков, приводящих к эрадикации НрИ, во многом сократило курс лечения ХГ и заметно повысило его эффективность (Ю.Б.Белоусов с соавт., 2006; А.М.Осадчук с соавт., 2009; Я.С.Циммерман, 2009; L.Chan et al., 2005; E.Nista et al., 2006). Однако вопросы, связанные с взаимообусловленностью ХГ и НрИ, выбором наиболее оптимальной системы диагностики и интегрированного лечения обоих заболеваний, изучены не до конца (Т.С.Бахтин с соавт., 2006; Т.А.Васин, О.А.Ялиева, 2006; G.Tytgat, 2001; W.Sigal et al., 2006). В связи с недостаточной изученностью социально-поведенческих аспектов ХГ и НрИ в отдельности и тем более в ассоциации, до сих пор не выработана научно-обоснованная рациональная система мер по их профилактике (П.А.Дмитриев с соавт., 2006; С.С.Зимин, 2006; W.Sigal et al., 2006; G.Kooper, K.Spilman, 2005). В связи с этим назрела необходимость достоверной оценки частоты и характера распространенности ХГ среди МН, определения этиологической значимости НрИ в его развитии, выработки оптимального алгоритма диагностирования и интегрированного лечения обоих этих заболеваний. Столь же важно вычленение факторов, характеризующих социально-поведенческую взаимообусловленность ХГ и НрИ и построение на их основе стройной и рациональной системы их профилактики.

**Цель работы.** Изучение характера и причин распространенности ХГ среди МН, социально-поведенческих аспектов его взаимообусловленности с НрИ, организационная перестройка медицинского обслуживания МН и унификация подходов по мониторингу, лечению и профилактике этих заболеваний.

**Задачи работы:**

- Определение уровня и характера распространенности ХГ среди МН и закономерностей его сочетаний с НрИ.
- Вычленение факторов риска формирования ХГ и социально-поведенческих предпосылок его взаимообусловленности с НрИ.

- Оптимизация диагностирования ХГ и его сочетаний с НрИ на основании объективных клинических, лабораторно-инструментальных и серологических исследований.
- Апробация международных рекомендаций (Маастрихт-3) и альтернативных антибиотиков при лечении ХГ и его сочетаний с НрИ.
- Организационная перестройка медицинского обслуживания МН и выработка научно-обоснованной системы по профилактике ХГ и НрИ среди МН.

### **Научная новизна:**

- Установлено, что морская среда обитания, вахтенный и нерегламентированный режим работы, сопряженный физическими нагрузками, и подверженность неблагоприятным морским климатическим факторам создает высокий уровень риска развития ХГ среди МН.
- Выявлена этиологическая значимость НрИ в развитии ХГ и осложнении его клинического течения и доминантная ДЗС, позволяющая на основании анамнеза выставлять диагнозы ХГ и НрИ.
- Определен спектр доминантных социально-поведенческих факторов риска, интегрированное воздействие которых на организм способствует формированию ХГ и его сочетаний с НрИ.
- Произведена организационная перестройка гастроэнтерологического обслуживания МН, позволившая устранить очередность и отмену визитов и оптимизировать число клинико-инструментальных исследований, а также автоматизировать процесс оформления визитов.
- Выработаны подходы по эффективному комплексному лечению ХГ и его сочетаний с НрИ и их профилактике путем модификации профилактического поведения МН.

**Практическая значимость работы.** Предложена схема алгоритма поиска диагноза ХГ и его сочетаний с НрИ, позволяющая на основе фиксации ДЗС максимально полно диагностировать эти заболевания, не прибегая к дополнительным лабораторно-инструментальным исследованиям. Произведена организационная перестройка терапевтического (гастроэнтерологического) отделения ЦБН, в результате которой повысилась медицинская обращаемость МН, регламентирована частота повседневных визитов и их продолжительность, минимизировано число лабораторно-инструментальных назначений. Апробированы более эффективные и экономичные схемы лечения ХГ и его сочетаний с НрИ. Составлена памятка с перечнем доминантных факторов риска формирования ХГ и его сочетаний с НрИ среди МН по

модификации их профилактического поведения и закрепления навыков по профилактике этих заболеваний.

**Положения, выносимые на защиту:**

- ХГ как медико-социальная проблема, уровень и характер его распространенности среди работников нефтедобывающей промышленности.

- Этиологическая значимость НрИ в развитии ХГ, закономерности взаимоотношенности и мониторинга за этими заболеваниями.

- Социальная приуроченность ХГ и его сочетаний с НрИ и комплекс факторов риска, благоприятствующих их формированию.

- Клинико-инструментальное обоснование использования альтернативных подходов в лечении ХГ и его сочетаний с НрИ.

- Научно-организационные основы рациональной профилактики ХГ и его сочетаний с НрИ среди МН.

**Апробация работы.** Результаты диссертационного исследования доложены и обсуждены на: научно-практической конференции, посвященной 65-летию проф. А.Агаева (Баку, 2009); XIV международном конгрессе по реабилитации в медицине и иммунореабилитации (Тель-Авив, 2009); международной конференции, посвященной 80-летию АМУ (Баку, 2010); II Всероссийском конгрессе по инфекционным болезням (Москва, 2010); XV международном конгрессе по реабилитации в медицине и иммунореабилитации (Париж, 2011); межкафедральной конференции АМУ (Баку, 2011г.); Апробации семинара в АзГИУВ ИМ.А.Алиева. (Протокол №17 от 14 декабря 2012г.)

**Публикации.** Основные положения диссертации отражены в 6 опубликованных статьях и 4 тезисах.

**Объем и структура работы.** Диссертация изложена на 166 страницах компьютерной верстки и состоит из введения, обзора литературы, главы материала и методов, 4 глав собственных исследований, заключения, выводов и практических предложений. Диссертация проиллюстрирована 23 таблицами и 19 рисунками. Указатель литературы включает 289 источников, из них 128 русскоязычных и 161 иностранных авторов.

**СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Материал и методика собственных исследований.** Работу провели в 2008-2011 гг. в рамках научной программы кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения АМУ и на базе ЦБН.

В первой части исследований проанализировали статистические материалы ЦБН за 2004-2008 гг., рассчитали частоту заболеваемости ХГ и связанные с ним трудовые потери. Провели проспективное и гастроэнтерологическое обследование 2311 МН. Диагноз ХГ ставили при помощи визуально-аналоговой шкалы, Сиднейской классификации. Согласно самооценкам выявили состояние здоровья МН и причины, влияющие на их медицинскую обращаемость. Провели хронометраж гастроэнтерологического обслуживания МН.

Вторая часть исследований была посвящена инструментально-клинической оценке ХГ и его сочетаний с НрИ и усовершенствованию их диагностики. С использованием стандартных тест-наборов при помощи ИФА серологически на НрИ обследовали 917 МН и исследовали в световом микроскопе окрашенные по Гимзу 274 биоптата из СОЖ на заселенность БНр. Для выявления ДЗС наблюдали 3 группы МН: с ХГ – 96, с НрИ – 318, с ХГ и НрИ – 326; 227 МН были свободны от ХГ и НрИ (контроль). Разработали алгоритм поиска диагноза ХГ и его сочетаний с НрИ.

В третьей части исследований изучали социально-поведенческие предпосылки формирования ХГ и его сочетаний с НрИ. Согласно анкетированию 917 МН выявили 21 фактор риска, при активном воздействии которых создается высокий риск развития этих заболеваний и рассчитали среднее число доминантных факторов для групп МН с самостоятельными ХГ и НрИ и их сочетаниями. Определили роль в формировании ХГ частоты и интенсивности стрессовых нагрузок, табакозависимости, ИМТ, групп крови системы АВО, наследственно-генетической передачи и питания всухомятку. При использовании набора из 12 разведений NaCl в концентрациях от 0,0025 до 5,12% определили вкусовую чувствительность к поваренной соли у 391 МН (норма <0,16%) и их мнения о значении этой пищевой добавки для здоровья.

В четвертой части исследований произвели унификацию подходов по комплексному лечению ХГ и его профилактике среди МН. Работу подразделили на 3 этапа. На первом этапе провели организационную перестройку функционирования терапевтического (гастроэнтерологического) отделения ЦБН по повышению медицинской обращаемости МН, оптимизации числа ежедневных визитов и

их продолжительности и минимизации назначаемых лабораторно-инструментальных процедур. Среди 578 МН с самостоятельными течениями ХГ и НрИ и их сочетаниями апробировали международные и альтернативные лечебные технологии. Пациентам в разных комбинациях назначали препараты: ингибитор протонной помпы – омепразол (по 20 мг 2 раза в день в течение 24 дней) и антибиотики кларитромицин и амоксициллин (по 500 мг 2 раза в день в течение 7 дней), рокситромицин (по 100 мг 2 раза в день в течение 10 дней), азитромицин (500 мг в первый день, по 250 мг в последующие 4 дня). Эффективность контролировали в течение 3-3,5 месяцев на основании исчезновения ДЗС и гистологического и микробиологического исследования 274 биоптатов из СОЖ до лечения и 165 биоптатов после лечения. Для коррекции профилактического поведения МН во время транспортировки МН на вахту кораблями «Сабит Оруджев» и «Генерал Асадов» (охват 75-80% МН) раздавали памятку, содержащую перечень доминантных факторов риска ХГ и способы по их устранению и проводили соответствующую разъяснительную работу. Усвояемость навыков профилактики ХГ оценили на основании опроса 2311 МН в дебюте работы и 917 МН на ее финише, а также регистрацией в течение 4 лет рецидивов и новых случаев ХГ.

Использовали статистические методы: средняя арифметическая взвешенная, критерий Стьюдента, критерий Ван-дер-Вардена, коэффициент корреляции, критерий  $\chi^2$  (С.Гланц, 1999).

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

Среди неинфекционных заболеваний ГДЗ, и в первую очередь ХГ, занимает второе место после ССЗ. Данные статистики ЦБН за последнее пятилетие (2004-2008 гг.), показывают, что средний удельный вес воспалительных ГДЗ составляет  $90,8 \pm 0,6\%$ , из них  $44,3 \pm 1,0\%$  приходится на гастрит,  $27,0 \pm 0,9\%$  на дуоденит ( $t=12,81$ ;  $P<0,001$ ),  $19,5 \pm 0,8\%$  на гастродуоденит ( $t=6,25$ ;  $P<0,001$ ). Ежегодно трудопотери нефтяников с ХГ составляют в среднем  $13,3 \pm 1,2$  дней в год. Учитывая вахтенный режим работы МН, данное обстоятельство осложняет нефтедобычу. При этом наиболее высока заболеваемость МН в возрасте 30-50 лет и работа которых сопряжена физическими нагрузками, причем на открытом воздухе, продолжительность течения заболевания составляет в среднем  $3,21 \pm 0,8$  лет.

Значительная часть нефтяников, удельный вес которых составляет  $36,3 \pm 1,6\%$ , оценили свое здоровье как относительно удовлетворительное, еще  $14,5 \pm 1,2\%$  нефтяников соответственно как ущербное ( $t=10,90$ ;  $P<0,001$ ). Т.е. здоровье  $50,8 \pm 1,7\%$  нефтяников следует признать неблагополучным. Несмотря на наличие диагностированного ХГ,  $41,6 \pm 1,7\%$  нефтяников оценили свое здоровье удовлетворительным и даже нормальным ( $t=3,83$ ;  $P<0,001$ ).

Неблагополучная самооценка здоровья нефтяниками, работа которых на нефтепромыслах носит авральный, нерегламентированный характер, сопровождается физическими нагрузками и проводится на открытом воздухе, т.е. они подвержены воздействию неблагоприятных климатических факторов морской среды, составляет  $59,8 \pm 1,9\%$ . Данная самооценка нефтяников, также работающих на морских нефтеплатформах, но работа преимущественно протекает в различных помещениях и не сопряжено физическими нагрузками, намного ниже –  $31,7 \pm 4,2\%$  ( $t=5,66$ ;  $P<0,001$ ). Еще ниже эта самооценка среди работников береговой службы обслуживания морских нефтеплатформ –  $12,7 \pm 4,2\%$  ( $t=3,19$ ;  $P<0,001$ ). Нефтяникам, непосредственно занятым морской нефтедобычей, присущи в среднем  $4,88 \pm 0,8$  причин, снижающих их медицинскую обращаемость, то нефтяникам береговой службы обслуживания – всего  $2,42 \pm 0,03$  подобных причин ( $t=3,34$ ;  $P<0,001$ ). Наиболее часто от  $55,7 \pm 1,9$  до  $66,3 \pm 1,8\%$  МН упоминают организационные причины. Ежедневно к каждому врачу совершается в среднем  $13,3 \pm 1,4$  визитов, их пик приходится на среду и четверг – соответственно  $17,2 \pm 2,3$  и  $19,7 \pm 2,4$  визитов ( $t=0,75$ ;  $P>0,05$ ), в субботу же всего  $8,6 \pm 1,2$  визитов ( $t=3,32$ ;  $P<0,001$ ). Из-за большого числа визитов,  $4,3 \pm 0,7$  из них переносятся на последующие дни. Если в среду и четверг переносятся  $7,7 \pm 1,4$  и  $6,8 \pm 1,2$  визитов ( $t=0,49$ ;  $P>0,05$ ), то в субботу всего  $2,1 \pm 0,4$  визитов ( $t=3,73$ ;  $P<0,001$ ). Продолжительность одного визита равна в среднем  $22,3 \pm 1,7$  минутам. Более всего уделяется время визитам в субботу  $26,6 \pm 2,2$  минутам, в четверг это время снижается до  $18,6 \pm 1,8$  минутам ( $t=3,02$ ;  $P<0,01$ ), а в среду до  $17,8 \pm 1,9$  минут ( $t=0,31$ ;  $P>0,05$ ). Т.е. чем больше визитов, тем меньшее время им уделяется. Нехватка времени в пиковые дни визитов компенсируется большим числом назначений лабораторных процедур. Например, в субботу назначается  $2,4 \pm 0,5$  единиц клинических и  $1,2 \pm 0,4$  единиц инструментальных процедур, тогда как в среду и четверг их число возрастает соответственно до  $4,7 \pm 1,3$  единиц ( $t=1,65$ ;  $P>0,05$ ) и  $2,5 \pm 0,8$  единиц ( $t=1,46$ ;  $P>0,05$ ). Полученные

результаты позволили нам существенно перестроить функционирование данного отделения ЦБН (см. далее).

В большинстве случаев ХГ протекает совместно с НрИ, этиологическая значимость которой и ее воздействие на клиническую картину и эффективность лечения ХГ в последнее время подвергаются сомнениям. Проведенные нами серологические исследования отвергают эти сомнения. Так, серопозитивными оказались  $59,3 \pm 1,6\%$  обследованных нефтяников, которая по мере повышения производительного стажа возрастает с  $51,9 \pm 4,3$  до  $67,8 \pm 3,9\%$  ( $r = +0,96 \pm 0,03$ ). В целом, заболеваемость ХГ среди серонегативных нефтяников составила  $24,9 \pm 2,2\%$ , среди же серопозитивных она была больше –  $42,1 \pm 1,5\%$  ( $t = 6,47$ ;  $P < 0,001$ ), т.е. на фоне НрИ создаются определенные условия для развития ХГ, чем и определяется ее этиологическая значимость. В частности, при сочетании ХГ с НрИ частота легкой формы составила всего  $15,7 \pm 2,0\%$ , средней формы  $34,8 \pm 3,4\%$  ( $t = 4,85$ ;  $P < 0,001$ ), тяжелой формы  $49,5 \pm 3,9\%$ ). Т.е. НрИ не только создает стартовые условия для развития ХГ, но и осложняет его клиническое течение.

В то же время интенсивность обсемененности СОЖ БНр не оказывает какого-либо влияния на тяжесть клинического течения ХГ. Например, при сочетанной заболеваемости ХГ и НрИ выделяемость БНр из СОЖ пациентов с легкой и тяжелой формами была примерно одинаковой –  $391,4 \pm 23,1$  и  $422,6 \pm 12,9$  КОЕ/см<sup>2</sup> ( $t = 1,18$ ;  $P > 0,05$ ), при средней форме выделяемость была более интенсивной –  $503,7 \pm 17,8$  КОЕ/см<sup>2</sup> ( $t = 3,69$ ;  $P < 0,001$ ).

В текущих условиях четко прослеживаются 16 симптомов ХГ, из них доминантными являются: боли в животе разной интенсивности; вздутие живота; отрыжка, тошнота, рвота, изжога; раздражительность, утомляемость; обложенность, отечность языка; вязкая густая слюна; запах изо рта; частота выявления варьирует от  $84,4 \pm 3,7$  до  $96,9 \pm 1,8\%$  ( $t = 3,04$ ;  $P < 0,01$ ). При сочетании ХГ с НрИ представленное число доминантных симптомов увеличивается, дополнительно с такой же частотой выявляются: тяжесть, распирание в подложечной области; слабость, головокружение; нарушение сна; от  $82,3 \pm 2,5$  до  $94,7 \pm 1,5\%$  ( $t = 4,25$ ;  $P < 0,001$ ). Как видно, на фоне НрИ клиническая картина ХГ осложняется.

Проведенные совместно с канд.мед.наук Р.М.Мамедовым исследования также удостоверяли, что ХГ и ВЗП взаимообусловленные заболевания ЖКТ. Поэтому при комплексной терапии ХГ необходимо предусмотреть по показаниям не только эрадикацию НрИ, но и санацию полости рта.

Согласно проведенным расчетам при самостоятельном течении НрИ и ВЗП на одного пациента приходится соответственно в среднем  $2,1 \pm 0,8$  и  $1,9 \pm 0,8$  симптомов ( $t=0,18$ ;  $P>0,05$ ). Данный показатель при самостоятельном течении ХГ возрастает до  $10,9 \pm 0,4$  симптомов ( $t=9,89$ ;  $P<0,001$ ), при его сочетании с НрИ их число достигает  $12,1 \pm 0,3$  симптомов ( $t=2,61$ ;  $P<0,01$ ), а при сочетании с ВЗП –  $14,8 \pm 0,2$  симптомов ( $t=7,50$ ;  $P<0,001$ ).

Наши исследования показывают, что ХГ является социально зависимым заболеванием и его формирование среди МН происходит под воздействием комплекса социально-поведенческих факторов риска. Особо значимыми из них являются: напряженные семейные взаимоотношения; несвоевременная медицинская обращаемость; низкая приверженность к лечению; самолечение; гиподинамия; ИМТ; стрессовые нагрузки; нерациональное питание; нарушения режима питания; редкое употребление овощей и фруктов; табакозависимость; неадекватное профилактическое поведение. Частота их выявляемости среди МН с самостоятельным течением ХГ варьирует от  $56,3 \pm 5,1$  до  $77,1 \pm 4,3\%$  ( $t=3,12$ ;  $P<0,01$ ), тогда как частота остальных факторов риска не превышает  $28,1 \pm 4,6\%$  ( $t=4,25$ ;  $P<0,001$ ). В то же время частота перечисленных факторов риска нефтяников контрольной группы не превышала  $26,7 \pm 2,7\%$  ( $t=6,92$ ;  $P<0,001$ ). В целом, комплексное воздействие на организм в среднем  $9,82 \pm 1,6$  единиц факторов риска способствует формированию самостоятельного ХГ,  $11,54 \pm 1,8$  единиц – сочетаний ХГ и НрИ ( $t=0,71$ ;  $P>0,05$ ),  $5,48 \pm 1,2$  единиц – самостоятельной НрИ ( $t=2,01$ ;  $P<0,05$ ); в контрольной группе их число составляет  $2,30 \pm 0,8$  единиц ( $t=2,21$ ;  $P<0,05$ ).

Возможность наследственной передачи ХГ не подтвердилась. Среди родителей наблюдаемых 917 нефтяников было отмечено 331 случаев заболеваемости ХГ ( $36,1 \pm 1,6\%$ ). Однако их распределение среди МН с ХГ и без ХГ было почти одинаковым - соответственно  $33,2 \pm 2,6$  и  $37,6 \pm 2,0\%$  ( $t=1,34$ ;  $P>0,05$ ). Такой же результат выявлен и относительно групп крови системы АВО. Так, среди МН с ХГ группа крови О(І) отмечена в  $40,1 \pm 2,7$  случаев, среди МН без ХГ – в  $43,4 \pm 2,0\%$  случаев ( $t=0,98$ ;  $P>0,05$ ), группа крови А(ІІ) в  $34,5 \pm 2,7$  и  $33,4 \pm 1,9\%$  случаев ( $t=0,33$ ;  $P>0,05$ ), группа крови В(ІІІ) в  $20,2 \pm 2,2$  и  $18,0 \pm 1,6\%$  случаев ( $t=0,81$ ;  $P>0,05$ ), группа крови АВ(ІV) в  $5,3 \pm 1,3$  и  $5,2 \pm 0,9\%$  случаев ( $t=0,06$ ;  $P>0,05$ ). Среди доноров (контроль) распределение групп крови было аналогичным.

Специфика работы на морских нефтепромыслах сопровождается не только нерациональным и безрежимным питанием, но и питанием всухомятку, которое, как известно, оказывает на состояние СОЖ неблагоприятное воздействие. Частота питания всухомятку среди МН с самостоятельным течением ХГ составляет  $68,8 \pm 4,8\%$ . Столь же высока его частота и среди нефтяников с сочетаниями ХГ и НрИ –  $58,8 \pm 3,3\%$  ( $t=1,72$ ;  $P>0,05$ ). Тогда как среди МН с самостоятельным течением НрИ частота питания всухомятку снижается до  $26,7 \pm 2,5\%$  ( $t=7,75$ ;  $P<0,001$ ) и не отличается от таковой в контрольной группе нефтяников –  $30,3 \pm 2,8\%$  ( $t=0,96$ ;  $P>0,05$ ). Наряду с питанием всухомятку, столь же негативное воздействие на СОЖ оказывает и чрезмерно соленая пища. Чрезмерное потребление поваренной соли обычно наблюдается при снижении порога вкусовой чувствительности к ней. По международным стандартам данный порог не должен превышать  $0,16\%$  растворенной поваренной соли. В наших исследованиях среди МН с длительно протекающим ХГ этот порог составил в среднем  $0,39 \pm 0,04\%$ , среди МН с первично диагностированным ХГ –  $0,27 \pm 0,04\%$  ( $t=2,11$ ;  $P<0,05$ ), среди МН без ХГ –  $0,15 \pm 0,02\%$  ( $t=2,66$ ;  $P<0,01$ ), в контрольной группе нефтяников –  $0,06 \pm 0,02\%$  ( $t=3,21$ ;  $P<0,01$ ).

С целью унификации подходов по комплексному лечению ХГ и его профилактике среди МН осуществлен ряд организационных мероприятий. В результате медицинская обращаемость МН последовательно возросла и после 4 лет достигла  $6,1 \pm 0,2\%$  против  $2,6 \pm 0,1\%$  в начале работы ( $t=15,91$ ;  $P<0,001$ ). Причем  $61,9 \pm 1,6\%$  МН оценили данную организационную работу своевременной и нормальной. Число визитов МН возросло с  $13,3 \pm 1,4$  до  $21,3 \pm 1,3$  единиц ( $t=4,19$ ;  $P<0,001$ ), а число перенесенных визитов уменьшилось с  $4,3 \pm 0,4$  до  $1,7 \pm 0,6$  единиц ( $t=3,61$ ;  $P<0,001$ ). Разработанная схема алгоритма поиска диагноза ХГ и его сочетаний позволило минимизировать и число неоправданных лабораторных назначений. Так, число клинических анализов в пересчете на одного пациента сократилось с  $3,2 \pm 0,3$  до  $2,1 \pm 0,3$  единиц ( $t=2,62$ ;  $P<0,01$ ), а число инструментальных исследований с  $1,7 \pm 0,3$  до  $0,9 \pm 0,2$  единиц ( $t=2,22$ ;  $P<0,05$ ). Автоматизированное оформление визитов сократило продолжительность каждого из них с  $23,3 \pm 1,4$  до  $16,2 \pm 1,5$  минут ( $t=3,46$ ;  $P<0,001$ ).

В современных условиях проблема эффективного лечения ХГ как в отдельности, так и в сочетаниях с НрИ требует выработки новых подходов, что и явилось задачей нашего исследования, проведенного в три этапа.

На первом этапе одну группу пациентов с самостоятельным течением ХГ лечили в соответствии с рекомендациями Маастрихт-3 (омепразол, кларитромицин, амоксициллин), другую аналогичную группу пациентов лечили без эрадикационной терапии (только омепразол). Контрольные наблюдения за пациентами в течение 3-3,5 месяцев показали, что обе схемы обладают практически идентичной лечебной эффективностью, составившей  $91,4 \pm 3,7$  и  $88,9 \pm 3,7\%$  ( $t=0,98$ ;  $P>0,05$ ). Причем эффективность была подтверждена и гистологическим исследованием 60 биоптатов из СОЖ. Т.е. при самостоятельном течении ХГ эрадикационная терапия излишняя.

На втором этапе оценили эффективность эрадикационной терапии среди пациентов с сочетанным течением ХГ и НрИ. Одной группе пациентов назначали рекомендованную тройную терапию, двум другим омепразол назначали с новыми поколениями альтернативных антибиотиков. Эффективность тройной схемы оказалась равной  $57,7 \pm 5,6\%$ , т.е. приобретение БНр резистентности к кларитромицину и амоксициллину нашло свое подтверждение. При их замене на рокситромицин эффективность лечения возросла до  $80,6 \pm 4,7\%$  ( $\chi^2=7,99$ ;  $P<0,01$ ), а при замене на азитромицин – до  $94,7 \pm 2,6\%$  ( $\chi^2=7,43$ ;  $P<0,01$ ). В посттерапевтическом периоде после лечения первой схемой, наблюдалось  $48,0 \pm 5,8\%$  рецидивов ХГ, второй схемой соответственно  $25,4 \pm 5,2\%$  ( $\chi^2=5,82$ ;  $P<0,01$ ) и третьей схемой  $7,9 \pm 3,1\%$  рецидивов ( $\chi^2=8,19$ ;  $P<0,01$ ). Гистологическое и микробиологическое исследование биоптатов из СОЖ также подтвердили разную эффективность использованных схем лечения. Например, воспалительный процесс сохранился после лечения первой схемой в  $59,4 \pm 8,8\%$  биоптатов, второй схемой – в  $31,6 \pm 7,6\%$  ( $\chi^2=5,44$ ;  $P<0,02$ ), третьей – в  $8,3 \pm 4,7\%$  биоптатов ( $\chi^2=6,18$ ;  $P<0,02$ ). Заселенность же БНр биоптатов после лечения первыми двумя схемами была следующей –  $136,5 \pm 14,5$  и  $46,3 \pm 7,7$  КОЕ/см<sup>2</sup> ( $t=5,49$ ;  $P<0,001$ ), а после третьей схемы бактерия не обнаруживалась. Полученные данные подтверждают, во-первых, НрИ не только имеет этиологическое значение и осложняет течение ХГ, но и снижает эффективность лечения. Поэтому эрадикационная терапия при сочетаниях ХГ с НрИ имеет важное значение. Во-вторых, необходимо использовать альтернативные антибиотики (азитромицин), обладающие максимальным эрадикационным эффектом.

Наши исследования также показали, что НрИ в определенных случаях и самостоятельно имеет патогенное значение для организма и

ее эрадикация необходима и при отсутствии других заболеваний ЖКТ, в том числе и ХГ. Поэтому на третьем этапе среди пациентов с самостоятельным течением НрИ мы апробировали разные схемы эрадикационной терапии. Так, при назначении кларитромицина и амоксициллина излечилось  $49,3 \pm 6,2\%$  пациентов, рокситромицина –  $85,5 \pm 4,1\%$  ( $\chi^2=21,72$ ;  $P<0,01$ ), азитромицина –  $96,2 \pm 2,2\%$  ( $\chi^2=5,30$ ;  $P<0,05$ ). Заселенность биоптатов из СОЖ после лечения была соответственно следующей:  $94,6 \pm 8,8$  КОЕ/см<sup>2</sup>,  $51,6 \pm 5,0$  КОЕ/см<sup>2</sup> ( $t=4,25$ ;  $P<0,001$ ),  $7,4 \pm 2,3$  КОЕ/см<sup>2</sup> ( $t=8,04$ ;  $P<0,001$ ). Азитромицин является антибиотиком выбора при эрадикационной терапии.

Как бы высокоэффективным не было лечение заболеваний, самостоятельно оно не может решить проблему снижения заболеваемости населения. Поэтому борьба и профилактика заболеваний, имеющих медико-социальное значение, к каковым безусловно относятся и ХГ, включает реализацию двух комплексов мероприятий. Первый комплекс решает проблему максимально полного охвата больных высокоэффективным лечением. Относительно ХГ и его сочетаний с НрИ нами данный вопрос позитивно решен. Еще более важен второй комплекс, реализация которого направлена на модификацию профилактического поведения населения по устранению факторов риска формирования заболеваний, чем предотвращаются их новые случаи. Относительно ХГ, тем более его сочетаний с НрИ, подобные комплексы требуют научного обоснования.

Вышеизложенные исследования показывают, что ХГ социально зависимое заболевание и его формирование, включая и сочетания с НрИ, происходит при активном воздействии на организм социально-поведенческих факторов риска. Данная работа среди МН проведена следующим образом.

На морскую вахту по графику МН доставляются кораблями «Сабит Оруджев» и «Генерал Асадов», в течение месяца принимающих на борт 75-80% всех МН. Во время транспортировки с МН проводилась разъяснительная работа и выдавалась памятка, содержащая перечень доминантных факторов риска и рекомендации по их устранению. На протяжении 4 лет большинство МН закрепили навыки по профилактике ХГ и его сочетаний с НрИ, о чем свидетельствуют оценки уровней их профилактического поведения. Так, согласно опросу, в дебюте работы низкий уровень был характерен для  $46,9 \pm 1,0\%$  МН, на финише работы для  $24,3 \pm 1,4\%$  МН ( $t=13,14$ ;  $P<0,001$ ), средний уровень соответственно для  $32,4 \pm 1,0$  и  $41,3 \pm 1,6\%$  МН ( $t=4,71$ ;  $P<0,001$ ), а высокий уровень для  $20,6 \pm 0,8$  и  $34,4 \pm 1,6\%$  МН ( $t=7,71$ ;

$P < 0,001$ ). Подобный научно обоснованный подход к профилактике ХГ оказался весьма эффективным. Так, в течение наблюдаемого периода модификация профилактического поведения среди МН, леченных по поводу ХГ, способствовало снижению частоты посттерапевтических рецидивов с  $18,5 \pm 5,3$  до  $1,3 \pm 0,9\%$  ( $\chi^2 = 22,75$ ;  $P < 0,01$ ), а среди остальных МН снизило частоту новых случаев развития ХГ с  $12,4 \pm 2,5$  до  $1,9 \pm 1,1\%$  ( $\chi^2 = 17,64$ ;  $P < 0,01$ ).

Таким образом, выработаны научные основы профилактики ХГ среди МН. Использование современных и альтернативных лечебных технологий и модификация профилактического поведения МН обеспечивают высокую эффективность лечения ХГ и предотвращают его рецидивы, а также минимизируют развитие новых случаев этого заболевания. Практические предложения работы реализованы внутренними распоряжениями руководства ЦБН.

## ВЫВОДЫ

1. Доминирующей заболеваемостью нефтяников является ХГ, уровень которого составляет в среднем  $38,0 \pm 1,0\%$ . Среди МН, работа которых связана с бурением нефтяных скважин и их обслуживанием, заболеваемость достигает  $43,1 \pm 1,2\%$ , а трудопотери –  $13,3 \pm 1,2$  дней в год. По мере увеличения возраста нефтяников заболеваемость ХГ возрастает с  $13,4 \pm 2,1$  до  $57,9 \pm 2,5\%$ . Средняя продолжительность течения ХГ равна  $3,21 \pm 0,08$  лет.
2. Активная медицинская обращаемость МН составляет только  $12,6 \pm 0,7\%$ , хотя по самооценкам  $50,8 \pm 1,7\%$  нефтяников собственное здоровье считают неблагополучным. Низкая обращаемость обусловлена рядом причин личностного характера, количественно составляющих в среднем  $4,88 \pm 0,8$  единиц, а также нерациональной организацией медицинской помощи в поликлинике ЦБН.
3. Выявляемость ХГ среди серопозитивных на НрИ нефтяников составляет  $42,1 \pm 1,5\%$ , среди серонегативных  $24,9 \pm 2,2\%$ . На фоне НрИ клиническое течение ХГ в  $49,5 \pm 3,9\%$  случаев протекает в тяжелой форме, причем интенсивность обсеменения БНр СОЖ не влияет на тяжесть клинической картины. Особенно высока сочетаемость ХГ с ВЗП.
4. Клиническое течение ХГ сопровождается в среднем  $10,9 \pm 0,4$  симптомами, 7 из которых являются доминантными. При сочетании ХГ с НрИ выявляется  $12,1 \pm 0,3$  симптомов, при сочетании с ВЗП –  $14,8 \pm 0,2$  симптомов. Доминантная симптоматика позволяет анамнестическим путем выставить диагноз ХГ и его сочетаний с НрИ.
5. Формирование ХГ, включая и его сочетания с НрИ, происходит при активном воздействии на организм соответственно в среднем  $9,82 \pm 1,6$  и  $11,54 \pm 1,8$  единиц социально-поведенческих факторов риска. Доминантными являются стрессовые нагрузки, ИМТ, табкозависимость, питание всухомятку и злоупотребление поваренной солью. ХГ не приурочен к группам крови системы АВО и не передается наследственно-генетическим путем.
6. Организационная перестройка гастроэнтерологического обслуживания МН в ЦБН повысила их медицинскую обращаемость с  $2,6 \pm 0,1$  до  $6,1 \pm 0,2\%$ , повысило число ежедневных визитов с  $13,3 \pm 1,4$  до  $21,3 \pm 1,3$  единиц и сократило число перенесенных визитов с  $4,3 \pm 0,4$  до  $1,7 \pm 0,6$  единиц. Минимизировано и число лабораторных назначений: клинических анализов с  $3,2 \pm 0,3$  до  $2,1 \pm 0,3$  единиц, инструментальных исследований с  $1,7 \pm 0,3$  до  $0,9 \pm 0,2$  еди-

ниц. Замена ручного оформления визитов на автоматизированную сократило продолжительность каждого из них с  $23,3 \pm 1,4$  до  $16,2 \pm 1,5$  минут.

7. Внесены коррективы в международные рекомендации Маастрихт-3 (2005 г.) по эрадикационной терапии. Эффективность лечения ХГ, ассоциированного с НрИ, омепразолом и альтернативным антибиотиком азитромицином (вместо кларитромицина и амоксициллина) составляет  $94,7 \pm 2,6\%$ , эффективность самостоятельного ХГ омепразолом (без эрадикационной терапии) – соответственно  $88,9 \pm 3,7\%$ .
8. Модификация профилактического поведения МН путем выработки у них навыков по контролю активности факторов риска снизило частоту посттерапевтических рецидивов ХГ с  $18,5 \pm 5,3$  до  $1,3 \pm 0,9\%$ , а формирование новых случаев ХГ с  $12,4 \pm 2,5$  до  $1,9 \pm 1,1\%$ .

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ**

1. Для повышения своевременной медицинской обращаемости МН произведена реорганизация функционирования терапевтического (гастроэнтерологического) отделения поликлиники ЦБН: составлен скользящий график режима работы врачей, позволяющий обслуживать все визиты; оптимизировано время обслуживания каждого визита; минимизировано число клинических и инструментальных лабораторных процедур; автоматизировано оформление визитов; МН оповещены о внеочередности их визитов и заблаговременном их назначении.
2. Предлагается анамнестический алгоритм поиска диагноза ХГ. Диагноз ХГ ставится при наличии доминантных симптомов: боли в животе разной интенсивности, вздутие живота, отрыжка, тошнота, рвота, изжога, раздражительность, утомляемость, обложенность, отечность языка, вязкая густая слюна, запах изо рта. При сочетании ХГ с НрИ добавляются симптомы: тяжесть, распирание в подложечной области; слабость, головокружение; нарушение сна.
3. При самостоятельном течении ХГ достаточно назначение пациентам ингибитора протонной помпы (омепразол и его производные) – по 20 мг 2 раза в день в течение 24 дней. При сочетании ХГ с НрИ пациентам назначается омепразол и альтернативный антибиотик (азитромицин) – 500 мг в первый день, по 250 мг в последующие 4 дня. Эффективность лечения оценивается стойким ис-

чезновением клинических проявлений и отсутствием рецидивов в посттерапевтическом периоде в течение 3-3,5 месяцев.

4. Для повышения эффективности лечения и профилактики ХГ, включая и его сочетания с НрИ, необходимо путем разъяснительной работы среди МН устранить или снизить активность воздействия на организм следующих доминантных факторов риска: напряженность в семейных взаимоотношениях; гиподинамию; ИМТ; стрессовые нагрузки; нерациональное и нережимное питание; питание всухомятку; редкое употребление овощей и фруктов; табакозависимость; злоупотребление поваренной соли; неадекватное профилактическое поведение. Внедрение навыков профилактики ХГ достигается раздачей памяток о способах устранения отмеченных факторов риска.

#### **Список работ, опубликованных по теме диссертации:**

1. Приоритетная заболеваемость морских нефтяников и состояние оказанным им амбулаторно-стационарной помощи / *Azərbaycan Tibb Jurnalı*, 2009 №4, с.128-131
2. Оценка порога чувствительности к поваренной соли среди морских нефтяников с хроническим гастритом / *Международный журнал по иммунореабилитации Израиль* 2009, №1 стр 145
3. Особенности распространения хронического гастрита среди морских нефтяников / *Azərbaycan Tibb Universitetinin 80-illik yubileyinə həsr olunmuş Beynəlxalq elmi konfrans. Bakı*, 2010, səh. 530.
4. Характер распространности среди морских нефтяников *Helicofakter pylori*- инфекции / II Ежегодный Всероссийский конгресс по инфекционным болезням Москва 2010 стр 368-369
5. Состояние заболеваемости храническим гастритом морских нефтянников / *Azərbaycan Tibb Jurnalı*, 2010, №2, səh. 130-133
6. Распространенность хеликобактериоза и его роль в заболева емо-сти хроническим гастритом морских нефтяников / *Биомедицина*, 2010, №3, с. 22-25
7. Социально-гигиенические закономерности распространения среди взрослого населения воспалительных заболеваний пародонта и хронического гастрита, ассоциированных *Helicobacter pylori*-инфекцией / *Azərbaycan Tibb Jurnalı*, №2, с.122-126 Мамедов Р.М.

8. Характер клинических проявлений воспалительных заболеваний парадонта хронического гастрита, ассоциированных *Helicobacter pylori*-инфекцией / Stomatologiya Среднеазиатский научно-практический журнал № 3-4, 2010(43-44)с.281-284
9. Состояние изученности особенностей распространения хронического гастрита среди морских нефтяников / Tibb elmləri doktoru Ağayev Əzəm Təyyar oğlunun 65 illiyinə həsr olunmuş elmi konfrans. Bakı, 2009, səh. 257.
10. Профилактическое поведение групп населения с коморбидными заболеваниями пародонта, желудка и *Helicobacter pylori*-инфекцией / Биомедицина, 2010, №3, с. 29-31 Мамедов Р.М.
11. Зависимость тяжести клинических проявлений хронического гастрита от интенсивности заселения слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* / “Sağlamlıq” jurnalı, 2010, №7, səh. 83-86
12. Эффективность рекомендаций Маастрихт-3 по лечению сочетанных хронического гастрита и *Helicobacter pylori*-инфекции / Аллергология и иммунология, 2011, том 12, №1, с. 75.
13. Современная характеристика клинко-диагностической симптоматики хронического гастрита / Вестник проблем биологии медицины. Киев, 2011, вып.2, том 1, с.180-181 Юзбашев Х.
14. Клиническая значимость дифференциальной диагностики синдрома раздраженного кишечника / Патологические процессы и методы их коррекции. Баку, 2012, стр 197-201 Юзбашев Х Шахмалиев Г

## **XRONİKİ QASTRİT – DƏNİZ NEFTÇİLƏRİNİN SAĞLAMLIĞINI AĞIRLAŞDIRAN FAKTOR KİMİ, VƏ ONUN MONİTORİNQİ, MÜALİCƏSİ VƏ PROFİLAKTİKASINA DAİR TƏDBİRLƏRİN TƏŞKİLATİ STRUKTURU**

### **XÜLASƏ**

Dəniz neftçilərinə (DN) göstərilən tibbi xidmətinin təkmilləşdirilməsi və xəstələnmə səviyyəsinin aşağı salınması – onların əmək qabiliyyətinin saxlanması və sağlamlığının qorunması üçün əsas amildir. Tibbi-sosial baxımdan DN arasında ən vacib xroniki gastrit (XQ) hesab olunur, çünki o, uzun müddətli gedişlə, müalicənin kifayət qədər effektiv olması, əmək qabiliyyətinin itirilməsi və DN dequalifikasiyası ilə səciyyələnir.

Tədqiqatın məqsədi – DN arasında XQ-nin xarakteri və yayılma səbəblərinin, onun *H.pylori*-infeksiyası ilə qarşılıqlı asılılığının sosial-davranış aspektlərinin öyrənilməsi, DN tibbi xidmətinin təşkilati struktur dəyişiklikləri və bu xəstəliklərin monitorinqi, müalicə və profilaktikasına yanaşmaların uyğunlaşdırılması.

Aparılmış tədqiqatların nəticələri göstərdi ki, dəniz mühiti və fiziki yük və əlverişsiz iqlim amillərinin təsiri ilə əlaqəli olan tənzimlənməmiş iş rejimi XQ-nin inkişaf səviyyəsinin yüksək olmasına şərait yaradır. Hpİ-nin XQ-nin inkişafı və kliniki gedişinin ağırlaşmasında etioloji əhəmiyyəti və XQ və Hpİ-nin anamnestik diaqnozunu qoymaq imkanını yaradan dominant simptomatika aşkar edilmişdir. Orqanizmə birgə təsiri nəticəsində XQ və onun Hpİ ilə birgə formalaşmasına səbəb olan əsaslandırılmış risk amillərinin spektri təyin edilmişdir. DN göstərilən gastroenteroloji xidmət yenidən təşkil edilmiş, bu da növbənin aradan qaldırılması və vizitlərin ləğv edilməsi, kliniki-instrumental prosedurların sayının artması, və həmçinin vizitlərin rəsmiləşdirilmə prosesinin avtomatlaşdırılmasına imkan yaratmışdır. Əldə edilmiş nəticələrə əsasən DN arasında XQ və onun Hpİ ilə birgə effektiv kompleks müalicəsi və onların DN-nin profilaktik davranışlarının modifikasiyası yolu ilə profilaktikasına dair yanaşmalar tərtib və təsdiq edilmişdir.

**CHRONIC GASTRITIS AS A FACTOR BURDEN THE HEALTH  
MARINE OIL WORKERS AND ORGANIZATIONAL STRUCTURE  
OF MEASURES FOR ITS MONITORING, TREATMENT AND  
PREVENTION**

**SUMMARY**

Improving health and reducing the incidence of marine oilmen (MO) is a necessary condition for the protection and preservation of their health disability. The most important medical-social implications of MO is chronic gastritis (CG), characterized by a long course, lack of treatment efficacy, and deskilling disability of MO.

Purpose of the work – to study the nature and causes of the prevalence of CG among MO, social and behavioral aspects of its interdependence with H.pylori-infection (HpI), organizational restructuring of the health and unification MO servicing approaches to monitoring, treatment and prevention of these diseases.

The results of these studies have shown that the marine environment and unregulated mode which involves physical load and unfavorable climatic factors creates a high level of CG. Identified etiologic significance of HpI in the development of CG and its complications and clinical course of the dominant symptoms, allowing anamnestic diagnose of CG and HpI. Defined range based risk factors, the integrated impact of the organism on which promotes the formation of CG and its combination with HpI. Made organizational restructuring of gastroenterology servicing of MO, which eliminated the order and cancellation of visits and optimize the number of clinical and instrumental procedures, as well as automate the application process visits. Based on the results developed and tested among the MN approaches for effective integrated management of CG and its combinations with HpI and their prevention by modifying the preventive behaviors of MO.

