

сти от комфортности условий проживания в санатории, но и от количества и стоимости оказываемых медицинских и других услуг, оказываемых по лечению основного заболевания, указанного в санаторно-курортной карте. Все дополнительные медицинские услуги по другим и сопутствующим заболеваниям должны быть оплачены курортным больным.

Назрела необходимость создания крупного хозяйства (ассоциации фермерских хозяйств) на базе Предгорного района со своей машинно-тракторной станцией и ремонтной базой, подразделениями химизации полей и искусственного орошения посевов, перерабатываемыми промышленными предприятиями, заготовительными базами и конторами со своим транспортом и складскими помещениями. Главной целью этой ассоциации должно быть: производство и переработка сельскохозяйственной продукции и снабжение нею санаторно-курортных учреждений Кавминводского региона по ценам значительно ниже рыночных.

Государственный НИИ курортологии в настоящее время рассматривает возможность использования мирового опыта, курортов Черноморского побережья Кавказа, эссентукского санатория «Виктория», пятигорского санатория «Родник» и некоторых других по широкому переходу на программный метод санаторно-курортного лечения, который позволяет обеспечить прозрачность стоимости путёвки, а главное, каждый отдыхающий будет знать ещё до приезда в санаторий, какие процедуры он получит и что может ещё приобрести за дополнительную плату.

ИНФЕКЦИЯ HELICOBACTER PYLORI И ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛУКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Логинов С.В., Кудряшова Т.А., Шварц Ю.Г.
Государственный медицинский университет,
Саратов

Цель. Исследовать влияние инфекции *Helicobacter pylori* (HP) на показатели вариабельности сердечного ритма (ВСР) у пациентов с сочетанием ишемической болезни сердца (ИБС) и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Материалы и методы. Обследованы 225 больных. Пациенты были разделены на 3 группы: основная - больные с сочетанием ИБС и ГЭРБ (67 человек), группы сравнения - больные с изолированными ИБС (72 человека) и ГЭРБ (86 человек). По половому и возрастному составу пациенты были сопоставимы: в основной группе средний возраст больных составил $59 \pm 11,4$ лет, женщин было 33 (49,3%); в группе больных с ИБС средний возраст - $59 \pm 11,0$ лет, женщин - 34 (47,2%); в группе пациентов с ГЭРБ средний возраст - $56 \pm 10,6$ лет, женщин - 40 (46,5%). Диагностика HP осуществлялась двумя методами: гистобактериоскопически (выделяли 3 степени обсемененности слизистой оболочки желудка (HP-статус): 1) слабая - до 20 микробных тел в поле зрения; 2) средняя - до 50

микробных тел в поле зрения; 3) высокая - более 50 микробных тел в поле зрения) и при помощи полимеразной цепной реакции (для выделения ДНК из исследуемых образцов биоптатов желудка использовали набор фирмы «НПФ Литех», основанный на нуклеосорбции в присутствии гуанидинтиоцианата). Исследование ВСР осуществлялось по данным обработки 24-х часовой записи электрокардиограммы с использованием системы Кардиотехника-4000 по стандартной методике. Учитывались показатели: мощность волн высокой частоты в диапазоне от 0,4 до 0,15 Гц, Рдв (HF), мощность волн низкой частоты в диапазоне от 0,15 до 0,04 Гц, Рмв1 (LF), среднее значение стандартных отклонений NN-интервалов, вычисленных по 5-минутным промежуткам в течение всей записи (SDNNi), начальное значение диапазона наиболее часто встречающихся R-R интервалов (MODA), относительное значение мощности волн высокой частоты, выраженное в нормализованных единицах (HF в п.у.), относительное значение мощности волн низкой частоты, выраженное в нормализованных единицах (LF в п.у.), общая мощность спектра (TP), процентная представленность эпизодов различия последовательных интервалов более чем на 50 мс (PNN50).

Результаты. При изучении взаимосвязей показателей HP-статуса и ВСР установлена достоверная связь степени обсемененности слизистой оболочки антрального отдела желудка HP и показателя TP. Так, средняя величина TP у пациентов основной группы при наличии средней и высокой степеней обсемененности желудка HP была достоверно меньше ($<0,05$), чем у «HP-негативных» больных и пациентов, имевших низкую степень обсемененности слизистой оболочки антрального отдела желудка HP (1527 ± 360 мс² и 2558 ± 530 мс²). У больных ИБС средняя величина TP также была достоверно меньше ($<0,05$) при наличии средней и высокой степеней обсемененности желудка HP в отличие от «HP-негативных» больных и пациентов с низкой степенью обсемененности слизистой оболочки антрального отдела желудка HP (1846 ± 850 мс² и 4858 ± 1500 мс²). У пациентов с ГЭРБ установлена лишь тенденция к снижению средней величины показателя TP: при наличии средней и высокой степеней обсемененности желудка HP этот показатель составил 3897 ± 500 мс², у «HP-негативных» больных и пациентов с низкой степенью обсемененности слизистой оболочки антрального отдела желудка HP - 4929 ± 1000 мс² соответственно.

Также установлена достоверная взаимосвязь степени обсемененности слизистой оболочки антрального отдела желудка HP и показателя PNN50. Так, средняя величина PNN50 у пациентов с сочетанием ишемической болезни сердца и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни при наличии средней и высокой степеней обсемененности антрального отдела желудка HP была достоверно меньше ($<0,05$), чем у «HP-негативных» больных и пациентов с низкой степенью обсемененности желудка HP ($2,0 \pm 1,4\%$ и $4,5 \pm 1,0\%$). У больных ИБС средняя величина PNN50 также была достоверно меньше ($<0,05$) при наличии средней и высокой степеней обсемененности антрального отдела желудка HP в отличие от «HP-негативных» боль-

ных и пациентов, имеющих низкую степень обсемененности антрального отдела желудка НР ($3,0 \pm 1,1\%$ и $7,3 \pm 2,6\%$). У пациентов с ГЭРБ подобной тенденции не выявлено: при наличии средней и высокой степени обсемененности желудка НР этот показатель составил $9,5 \pm 3,0\%$, у “НР-негативных” больных и пациентов с низкой степенью обсемененности антрального отдела желудка НР – $7,4 \pm 2,1\%$ соответственно.

При исследовании взаимосвязей показателей НР-статуса и таких показателей ВСР, как HF, LF, SDNNi, MODA, HF в п.у., выявлена тенденция к их снижению, тогда как, LF в п.у. имело тенденцию к увеличению при наличии средней и высокой степени обсемененности антрального отдела желудка НР, в отличие от “НР-негативных” больных и пациентов с низкой степенью обсемененности слизистой оболочки желудка НР. Необходимо отметить, что данные неблагоприятные тенденции отмечены лишь в группе больных с сочетанием ИБС и ГЭРБ, у пациентов же с “изолированными” ИБС и ГЭРБ аналогичной зависимости показателей ВСР от степени обсемененности слизистой оболочки антрального отдела желудка НР не выявлено.

Заключение. Подобный характер изменений показателей вариабельности ритма сердца позволяет предполагать снижение адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы, ригидность сердечного ритма, повышение вероятности развития фатальных аритмий и внезапной сердечной смерти у пациентов с сочетанием ИБС и ГЭРБ при наличии средней и высокой степени обсемененности слизистой оболочки антрального отдела желудка НР в отличие от больных, имеющих низкую степень обсемененности желудка НР и “НР-негативных” пациентов. Таким образом, подтверждаются полученные нами ранее данные о негативной роли инфекции *Helicobacter pylori* в развитии электрической нестабильности миокарда у больных, имеющих ишемическую болезнь сердца в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ТУБЕРКУЛЕЗА В УСЛОВИЯХ СЕВЕРНОГО ГОРОДА

Лукина А.М., Винокурова М.К.

Якутский НИИ туберкулеза МЗ РС (Я), Якутск

Снижение уровня социально - экономических условий населения, повышение миграционных процессов, рост численности контингентов пенитенциарных учреждений явились основными причинами, вызвавшими рост распространенности туберкулезной инфекции. В Российской Федерации повсеместно сохраняется высокий уровень заболеваемости туберкулезом. Неблагоприятная ситуация сложилась в районах Западной Сибири, на Дальнем Востоке и Крайнем Севере. В настоящее время в Республике Саха (Якутия) сохраняется напряженная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу. В г. Якутске (население 230 тыс.) сложилась наиболее опасная ситуация, уровень заболеваемости туберкулезом за последние 10 лет вырос на 44,1% и в 2002 г. показатель достиг 106,4 на

100 тыс. населения, что в 1,5 раза выше, чем по республике в целом. Показатели бациллярности, болезненности и смертности от туберкулеза также в 1,4-1,7 раза превышают республиканские. Ухудшение эпидемиологии туберкулеза сопровождается не только количественными, но и качественными ее изменениями - повышением частоты впервые выявленных больных с распространенными и прогрессирующими формами, с появлением лекарственно – устойчивого туберкулеза и в связи с этим недостаточной эффективности лечения. Определенную роль в ухудшении эпидемиологической ситуации имеет высокий уровень миграционных процессов, безработица, а также и то обстоятельство, что большинство учреждений МЮ РФ по РС (Я) расположены около столицы. Освободившиеся из мест заключения туберкулезные больные оседают в г. Якутске, пополняя группы социально-дезадаптированных лиц, создавая опасные, плохо контролируемые мигрирующие очаги туберкулезной инфекции. Проведен анализ социального статуса 1849 больных туберкулезом органов дыхания, состоящих в активных группах учета за последние 3 года, все взрослые городские жители. Отмечено, что удельный вес лиц, имеющих постоянную работу (служащие и рабочие) имеет тенденцию к снижению: от 31 до 26%. Удельный вес студентов возрастает: от 2,4 до 4,9%. Доля всех неработающих лиц из года в год растет: от 60 до 66%. При этом удельный вес пенсионеров и инвалидов не меняется, а растет количество неработающих лиц работоспособного возраста: от 26,9 до 35,3%. Среди бактериовыделителей, состоящих на учете более 2 лет, социально-дезадаптированные лица (СДА) занимают 68,3%. Основную часть (до 88%) составляют мужчины, среди них СДА лиц-3/4. По возрастной характеристике отягощающие факторы увеличиваются с возрастом и наибольший удельный вес до 78-79% встречается в возрастных группах от 30-39 и от 40-49 лет. По клинической структуре у СДА больных инфильтративный туберкулез установлен в 53,8%, диссеминированный в 83,3% и фиброзно-кавернозный-75%. Как видно, у социально-дезадаптированных лиц встречаются наиболее тяжелые формы туберкулеза органов дыхания. Отмечается высокий уровень (до 45%) лекарственно-устойчивого туберкулеза. Отягощающие факторы медико-социального характера наблюдаются у большинства больных в комплексе (до 3-4 факторов) и значительно усугубляют их состояние, создают трудности в лечении и диспансерном наблюдении. Таким образом, среди территорий республики в г. Якутске туберкулез стал наиболее угрожающей социальной и медицинской проблемой. Для ее разрешения необходима комплексная работа всех заинтересованных структур, учреждений и служб, разработка реальной, работоспособной и материально обеспеченной Целевой Программы борьбы с туберкулезом.