

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.