

А.М. Постникова, Л.Г. Чибыева, Л.В. Дайбанырова,
Н.Н. Васильев

УРОВЕНЬ ИНТРАГАСТРАЛЬНОЙ КИСЛОТНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

УДК 616.33-002.44 (571.56)

Выявлено, что суточный уровень интрагастральной кислотности у больных ишемической болезнью сердца некоренных национальностей выше по сравнению с больными коренных национальностей. Установлено преимущество четырехкомпонентной эрадикационной терапии в лечении НР-инфекции.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, интрагастральная кислотность, эрозивно-язвенные поражения, желудок и двенадцатиперстная кишка, *Helicobacter pylori*, эрадикация.

It is revealed, that intragastral acidity level is prominently higher in non-native patients with ischemic heart disease in comparison with native patients. Scheme of first choice treatment must be 4-component eradication therapy.

Keywords: ischemic heart disease, intragastral acidity, erosive-ulcerous lesions, stomach and duodenum, *Helicobacter pylori*, eradication.

Введение. Согласно данным ВОЗ, сердечно-сосудистые заболевания во всем мире занимают 1-е места среди причин инвалидизации и смертности населения [11]. Среди сочетанных заболеваний внутренних органов у взрослого населения около 52% приходится на сочетание ИБС и язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки [4].

Диагностика эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) базируется на клинической картине и результатах эндоскопического исследования и рН-метрии. В связи с возможностью бессимптомного или малосимптомного течения гастродуоденальных эрозий и язв решающее значение в их своевременной диагностике принадлежит эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС). ЭГДС позволяет обнаружить эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта, определить его характер на основании гистологического исследования биоптатов.

В клиническую практику широко внедрен новый метод изучения кислотообразующей функции желудка (компьютерная внутрижелудочная рН-метрия). Этот метод основан на определении концентрации свободных ионов водорода по величине электродвижущей силы, регистрируемой спе-

циальными электродами, помещенными в раствор на уровне тела желудка (кислотообразующей зоны) и антрального отдела (кислото-нейтрализующей зоны) в межпищеварительный период (базальная секреция) и после воздействия стимулятора или ингибитора кислотообразования [6,7,9,10].

В процессе изучения данной проблемы проведены анализы суточного уровня интрагастральной кислотности у больных с эрозивно-язвенными поражениями (ЭЯП) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) у различных этнических групп при ишемической болезни сердца, а также медикаментозная коррекция выявленных нарушений.

Цель исследования: изучить суточную кислотность у больных ишемической болезнью сердца с эрозивно-язвенным поражением желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 133 больных, находившихся на стационарном обследовании и лечении в гастроэнтерологическом отделении Якутской городской клинической больницы в период с 2003 по 2011 г., из них 105 – с ИБС и эрозивно-язвенными поражениями желудка и ДПК (1 группа) и 28 – с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной зоны без патологии сердечно-сосудистой системы (2 группа). Больных коренных национальностей (БКН) было 65 чел., некоренных (БНКН) – 68. Возраст обследованных – от 31 года до 70 лет. Коренными жителями считали якутов, эвенов и эвенков (в исследовании количество якутов составило 97 %), некоренными – всех лиц другой национальности, прибывших из других ре-

гионов России и проживающих в Якутии не более 10 лет (в исследовании количество русских составило 94 %).

Суточное мониторирование рН желудка проводилось в течение 24 ч для регистрации кислотности в желудке и для оценки кислотодепрессивного эффекта антисекреторных препаратов. Исследование проводилось с помощью автономного ацидогастрометра «Гастроскан-24» («Исток-Система», г. Фрязино, Россия), который осуществляет запись рН автоматически в течение 24 ч. Частота регистрации рН в данном приборе составляет 1 раз в 20 сек, что вполне достаточно для оценки эффективности антисекреторных препаратов [3,7,8]. Прием антисекреторных препаратов отменялся за 3 дня до проведения исследования.

При включении в исследование все больные были *Helicobacter pylori* (НР) -положительные, что подтвердилось гистологически (минимум по 2 биопсии прицельно брали из антрума и из тела желудка) и иммуноферментным анализом.

Для подтверждения эрадикации НР использовали гистологический метод. Положительным результат считался при появлении красного или розового окрашивания тест-среды вокруг биоптата слизистой оболочки через 20 мин. При отрицательном результате повторная оценка проводилась через 1, 3 и 24 ч. При отсутствии окрашивания через 24 ч тест считался отрицательным.

Результаты исследования. Суточное мониторирование проводилось в течение 24 ч для определения уровня и суточного биоритма внутрижелудочного кислотообразования. Результаты интрагастральной кислотности у больных с эрозивно-язвенным поражением

ПОСТНИКОВА Анна Михайловна – врач гастроэнтеролог ГБУ ЯГКБ, аспирант МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, posanna@mail.ru; **ЧИБЫЕВА Людмила Григорьевна** – д.м.н., проф. МИ СВФУ, chibyeva_l@mail.ru; **ДАЙБАНЫРОВА Лилия Владимировна** – к.м.н., доцент МИ СВФУ, lilday@mail.ru; **ВАСИЛЬЕВ Николай Николаевич** – к.м.н., гл. врач ГБУ ЯГКБ.

желудка и двенадцатиперстной кишки при ишемической болезни сердца представлены в табл. 1.

Из табл. 1 видно, что среднесуточный уровень рН у БКН 1 группы составил $2,5 \pm 0,8$, в то время как у БНКН – $1,0 \pm 0,4$; у больных 2 группы – $3,2 \pm 1,7$ и $2,8 \pm 0,9$ соответственно. Дневной уровень рН в 1 группе $3,2 \pm 0,3$ и $1,8 \pm 0,3$, во 2 группе – $4,1 \pm 2,4$ и $2,0 \pm 1,2$. Ночной уровень рН в 1 группе составил $1,6 \pm 0,7$ и $1,0 \pm 0,3$, во 2 группе – $2,0 \pm 0,9$ и $1,1 \pm 0,5$ соответственно. У БНКН в обеих группах максимальная внутрижелудочная кислотность отмечена в первую половину ночи, т. е. в период с 00.00 до 04.00.

Интрагастральная кислотность у больных с эрозивно-язвенным поражением желудка и ДПК с ишемической болезнью сердца, принимающих только нитраты пролонгированного действия (НПД) и аспирин, представлена в табл. 2.

У больных, принимающих только НПД, суточный уровень интрагастральной кислотности составил $3,2 \pm 1,5$, у БНКН – $2,5 \pm 1,3$. Дневной уровень рН – $4,2 \pm 1,5$ и $3,5 \pm 1,2$ соответственно. Ночной уровень рН у принимающих только НПД – в среднем $2,5 \pm 1,2$, аспирин – $2,0 \pm 0,7$. Максимальная внутрижелудочная кислотность у больных обеих этнических групп отмечена в первую половину ночи, т. е. в период с 00.00 до 04.00.

Наши данные при определении интрагастральной кислотности у больных совпадают с результатами исследований других авторов [7,9,10], которые также отмечали высокую секрецию в ночные часы, и не подтверждают работ Ю. Я. Лея [3], который при проведении желудочной рН-метрии у больных язвенной болезнью, особенно у больных с дуоденальной локализацией язв, отмечал повышение рН до 3,0 – 4,0 в ночное время вплоть до нейтральных значений.

Таким образом, проведенные исследования уровня интрагастральной кислотности у больных ЭЯП желудка и ДПК в сочетании с ишемической болезнью сердца выявили различные колебания уровня интрагастральной кислотности в течение суток. Суточный уровень интрагастральной кислотности несколько выше у БНКН с ИБС ($1,0 \pm 0,4$), чем у БКН ($2,5 \pm 0,8$). Внутрижелудочная кислотность у больных с ЭЯП, принимающих НПД, существенно не отличался от аналогичных показателей больных, принимающих АСК при ИБС.

Одной из главных проблем ЭЯП желудка и ДПК являются рецидивы, кото-

рые без адекватного профилактического лечения приводят к хронизации заболевания, ими страдают от 44 до 98% больных. На основе анализа причин возникновения рецидивов некоторые авторы пришли к выводу [1,2,12], что ведущую роль в хронизации заболевания играет присутствие *Helicobacter pylori*, наличие гиперсекреции и обострение основного заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемической болезни сердца).

Персистенция *Helicobacter pylori* сопровождается нарушением секреции соляной кислоты, состава слизи, уменьшением секреции бикарбонатов, простагландинов, снижением эпидермального фактора роста.

Включение в эрадикационные схемы ингибиторов протонной помпы приводит к существенной депрессии кислотной продукции, что имеет ряд положительных эффектов: быстро купируются клинические симптомы, рубцуются язвенные дефекты ингибиторами протонной помпы, повышая интрагастральный уровень рН, в результате снижается активность протеолитических ферментов, удлиняется период полужизни антител к рН, повышается функциональная активность нейтрофилов, угнетается активность уреазы и АТФ-азы НР, что в конечном итоге создает неблагоприятные условия для жизнедеятельности НР.

Поиск новых эффективных схем эрадикационной терапии активно продолжается в течение последнего десятилетия и далек от завершения. Мировое научное сообщество осознало бесперспективность пассивного отношения к этой проблеме. Поэтому в настоящее время речь идет не столько о пропаганде и быстрейшем внедрении в практику новых антибактериальных препаратов, сколько о раннем выявлении неблагоприятных прогностических факторов, снижающих эффективность эрадикационной терапии НР и, в частности, влияние иммунного и гормонального статуса, а также о разработке мер, направленных на повышение эффективности уже известных схем лечения [1,2]. Одной из таких проблем является изучение особенностей тече-

Таблица 1

Внутрижелудочный уровень рН у больных 1-й и 2-й групп*

Периоды суток	Внутрижелудочный уровень рН					
	Первая группа, n=105			Вторая группа, n=28		
	БКН n=52	БНКН n=53	Р	БКН n=12	БНКН n=16	Р
Сутки	$2,5 \pm 0,8$	$1,0 \pm 0,4$	$>0,05$	$3,2 \pm 1,7$	$2,8 \pm 0,9$	$>0,05$
День	$3,2 \pm 0,3$	$1,8 \pm 0,3$	$>0,05$	$4,1 \pm 2,4$	$2,0 \pm 1,2$	$>0,05$
Пищеварительный период	$4,5 \pm 0,6$	$3,2 \pm 0,7$	$>0,05$	$6,2 \pm 2,1$	$4,1 \pm 2,8$	$>0,05$
Межпищеварительный период	$1,9 \pm 0,3$	$1,7 \pm 0,4$	$>0,05$	$3,2 \pm 0,3$	$2,9 \pm 0,8$	$>0,05$
Ночь	$1,6 \pm 0,7$	$1,0 \pm 0,3$	$>0,05$	$2,0 \pm 0,9$	$1,1 \pm 0,5$	$>0,05$
20.00-00.00	$2,5 \pm 0,8$	$1,4 \pm 0,6$	$>0,05$	$2,6 \pm 1,0$	$1,5 \pm 0,6$	$>0,05$
00.00-04.00	$1,2 \pm 0,7$	$0,8 \pm 0,2$	$>0,05$	$1,4 \pm 0,8$	$0,9 \pm 0,2$	$>0,05$
04.00-08.00	$1,5 \pm 0,4$	$1,0 \pm 0,3$	$>0,05$	$1,6 \pm 1,1$	$1,0 \pm 0,3$	$>0,05$

* Первая группа – больные с эрозивно-язвенным поражением желудка и ДПК в сочетании с ИБС. Вторая группа – больные с эрозивно-язвенным поражением желудка и ДПК без патологии ССС.

Таблица 2

Внутрижелудочный уровень рН у больных ИБС 1-й группы, принимающих аспирин

Периоды суток	Внутрижелудочный уровень рН		Р
	НПД, n=34	АСК, n=23	
Сутки	$3,2 \pm 1,5$	$2,5 \pm 1,3$	$>0,05$
День	$4,2 \pm 1,5$	$3,5 \pm 1,2$	$>0,05$
Пищеварительный период	$5,2 \pm 1,0$	$5,0 \pm 1,2$	$>0,05$
Межпищеварительный период	$3,0 \pm 1,5$	$2,0 \pm 0,3$	$>0,05$
Ночь	$2,5 \pm 1,2$	$2,0 \pm 0,7$	$>0,05$
20.00-00.00	$2,3 \pm 1,0$	$2,5 \pm 1,2$	$>0,05$
00.00-04.00	$1,5 \pm 0,9$	$1,0 \pm 1,0$	$>0,05$
04.00-08.00	$2,0 \pm 1,2$	$2,5 \pm 0,8$	$>0,05$

ния НР-инфекции у больных с ИБС и выбор эффективных методов эрадикации НР у этой категории пациентов.

Было предложено большое количество медикаментозных комбинаций для успешной эрадикации НР-инфекции, некоторые из них далее стали классическими, в частности тройные и четырехкомпонентные схемы, при использовании которых частота эрадикации НР достигает 85-90%. Однако эффективность схем различается в разных этнических группах [1,2].

В ходе исследования провели сравнение эффективности антигеликобактерной тройной и квадротерапии у НР-положительных больных с эрозивно-язвенным поражением желудка и ДПК с ИБС, а также без патологии ССС. Был проанализирован исход антигеликобактерной терапии в зависимости от используемой схемы.

Нами использованы 14-дневные

Таблица 3

Динамика клинических показателей у больных эрозивно-язвенным поражением желудка и ДПК в сочетании с ИБС при использовании тройной и квадротерапии

Исследуемый показатель	Использованные схемы				Р
	Тройная терапия		Квадротерапия		
	БКН, n=37	БНКН, n=26	БКН, n=16	БНКН, n=23	
Продолжительность болевого синдрома (дни)	3,1±0,7	3,6±0,8	2,7±0,5	3,5±0,8	>0,05
Продолжительность диспепсического синдрома (дни)	5,2±2,1	5,0±2,4	4,4±1,0	4,8±1,4	>0,05
Рубцевание язв через месяц после окончания терапии, %	84,1±4,6	92,7±5,0	84,6±5,7	94,7±1,3	>0,05
Рецидивы язв за 12 месяцев. %	50,8±6,2	48,4±8,7	20,5±6,4	22,3±7,1	<0,05

стандартные схемы эрадикационной терапии, предусмотренные Маастрихтским соглашением-3 [5]. Тройная терапия включала омепразол 20 мг, клацид 500 мг, амоксициллин 1000 мг по 2 раза в день, квадротерапия – омепразол 20 мг 2 раза, тетрациклин 500 мг 4 раза, метронидазол 250 мг 3 раза, де-нол 120 мг 4 раза в день. После окончания эрадикационной терапии все больные в течение 3 недель получали омепразол 20 мг 2 раза в сутки.

В проведенном исследовании была изучена эффективность тройной и четырехкомпонентной антигеликобактерной терапии у больных различных этнических групп.

В данном исследовании изучена эффективность эрадикационных схем у больных с эрозиями, язвенной болезнью с ИБС, которые впервые получали антигеликобактерную терапию: из них 53 БКН и 49 БНКН. Трехкомпонентная терапия назначалась 63 (37 КН, 26 НКН), а четырехкомпонентная – 39 больным (16 КН, 23 НКН). Эффективность эрадикационной терапии контролировалась не ранее чем через месяц после окончания терапии НР-инфекции: гистологическим методом определения НР.

Сравнительная эффективность тройной и квадротерапии у больных эрозивно-язвенным поражением желудка и ДПК в сочетании с ИБС у больных различной этнической принадлежности приведена в табл. 3.

Таким образом, при использовании тройной и квадротерапии динамика клинических проявлений существенно не различалась. Так, продолжительность болевого синдрома составила 3,1 и 2,7 дня у БКН и 3,6 и 3,5 – у БНКН при трехкомпонентной и четырехкомпонентной терапии соответственно; диспепсического синдрома – 5,2 и 4,4 у БКН, 5,0 и 4,8 у БНКН. Как видно из табл. 3, при лечении предложенными схемами болевой и диспепсический синдромы купировались в короткие сроки, а язвозаживляющий эффект

превышал 90%, что соответствует результатам ряда исследований [1,2,7].

Из двух систем эрадикационной терапии наиболее эффективной оказалась четырехкомпонентная. Частота эрадикации *Helicobacter pylori* у больных с эрозивно-язвенным поражением желудка и ДПК с ИБС при использовании тройной и квадротерапии приведены в табл. 4.

При изучении эффективности тройной и квадротерапии у различных этнических групп были обнаружены различия. Так, при проведении трехкомпонентной терапии частота эрадикации НР у БКН оказалась выше, чем у БНКН, и составила соответственно 65,4 и 43,2%. Эффективность четырехкомпонентной терапии изучаемых этнических групп существенно не различалась и составила 81,2 и 78,3% соответственно. Таким образом, из двух схем наиболее эффективной оказалась четырехкомпонентная.

Заключение. В результате исследования было отмечено, что динамика клинических проявлений эрозивно-язвенных поражений желудка и ДПК в сочетании с ИБС при использовании тройной и квадротерапии существенно не различалась у больных всех групп, независимо от этнической принадлежности. Так, продолжительность болевого синдрома при применении тройной терапии в среднем составила 3,1 у БКН и 3,6 дня у БНКН в обеих группах больных, и при использовании квадротерапии 2,7 у БКН и 3,5 у БНКН; продолжительность диспепсического синдрома составила 5,2 и 4,4 дня у БКН, 5,0 и 4,8 у БНКН соответственно. Эрозивно-язвенные изменения СОЖ у больных ЯБ с ИБС и больных ИБС с симптоматическими ЭЯП ГДЗ возникли: у БКН на фоне базальной гипоацидности (2,5±0,8 и 3,4±0,7), у БНКН на фоне гиперацидности (1,0±0,4 и 1,5±0,6 соответственно). При оценке результатов эрадикации *Helicobacter pylori* замечено явное преимущество квадротерапии перед тройной тера-

Таблица 4

Сравнительная частота эрадикации НР у больных первой и второй групп различной этнической принадлежности, получавших тройную и квадротерапию

Пациенты	Количество больных							
	тройная терапия				квадротерапия			
	БКН, n=37		БНКН, n=26		БКН, n=16		БНКН, n=23	
	n	%	n	%	n	%	n	%
НР -	13	43,2	17	65,4	13	81,2	18	78,3
НР +	21	56,8	9	34,6	3	18,8	5	21,7

пией, процент эрадикации составил у БКН 81,2% и БНКН – 78,3%.

Полученные результаты свидетельствуют о преимуществе четырехкомпонентной терапии в лечении НР-инфекции у больных ИБС, проживающих в Якутии.

Литература

- Григорьев П.Я. Диагностика и лечение болезней органов пищеварения / П.Я. Григорьев // М.: Медицина, 2007. – 515 с.
Grigor'ev P.Ya. Diagnostics and treatment of illnesses of digestive organs / P.Ya. Grigor'ev // M: Medicine, 2007. – 515 p.
- Ивашкин В.Т. *Helicobacter pylori*: революция в гастроэнтерологии / В.Т. Ивашкин, Ф.А. Мегро, Т.Л. Лапина // М.: Трида-Х, 2008. – 255 с.
Ivashkin V.T. *Helicobacter pylori*: revolution in gastroenterology / V.T. Ivashkin, F.A. Megro, T.L. Lapina // M: the Triad, 2008. – 255 p.
- Лей Ю. Я. Современная оценка кислотобразования желудка / Ю.Я. Лей // Клиническая медицина. – 1996. – № 3. – С. 13-16.
Ley U. Ya. A modern estimation of stomach acidity / U.Ya. Leya // Clinical medicine. – 1996. – № 3. – P. 13-16.
- Логонов А.С. Язвенная болезнь / А.С. Логонов, Л.А. Звенигородская, В.Б. Потапов // Тер. архив. – 1998. – №2. – С. 9-13.
Loginov A.S. Stomach ulcer / A.S. Loginov, L.A. Zvenigorodsky, V.B. Potapov // Ther. Arch. – 1998. – №2. – P. 9-13.
- Маев И. В. Современные стандарты лечения кислотозависимых заболеваний, ассоциированных с *Helicobacter pylori*. Материалы консенсуса «Маастрихт-3». / И. В. Маев, А. А. Самсонов // Consilium medicum. Прил. «Гастроэнтерология». – 2006. -№3. – С. 78-83.
Maev I.V. Modern standards of treatment of acid-dependent diseases associated with *Helicobacter pylori*. Materials of a consensus "Maastricht-3". / I.V. Maev, A.A. Samsonov // Consilium medicum. Enc. "Gastroenterology". – 2006. -№3. – P. 78-83.
- Охлобыстин А. В. Лабораторные и инструментальные методы исследования pH-метрии / Охлобыстин А. В. // Гастроэнтерология, национальное руководство. – М.: 2008. – С. 32 – 36.
Okhlobystin A.V. Laboratory and tool methods of research pH-metry / Okhlobystin A. V. // Gastroenterology, national a management. – M.: 2008. – P. 32 – 36.
- Яковенко А. В. Суточные колебания интрагастральной кислотности у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

/ A.B. Яковенко // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1995. – № 1. – С. 20-24.

Yakovenko A.V. Daily fluctuations of intra gastric acidity in patients with duodenum ulcer / A.V. Yakovenko // Russian J. of gastroenterology, hepatology and coloproctology. – 1995. – № 1. – P. 20-24.

8. Яковенко А. В. pH-метрия в клинической практике / А.В. Яковенко // Методическое пособие. – М., 2005. – 35с.

Yakovenko A. V pH-metria in clinical practice / A.V. Yakovenko // The methodical grant. – М., 2005. – 35 p.

9. Яковенко Э. П. Суточное мониторирование интрагастральной кислотности у больных с язвенной болезнью желудка / Э.П. Яковенко // М.: РГМУ. – 2007. – 179 с.

Yakovenko E.P. Daily monitoring of intra gastric acidity in patients with stomach ulcer / E.P. Yakovenko // М.: РГМУ. – 2007. – 179 p.

10. Duro P. Early dinner reduces natural

gastric acidity / P. Duro, A.G.E. Pearse, C.C. Booth // Gut. – 1989. – Vol. 30. – P. 1063-1067.

11. Murray C.J.L. The global burden of disease / C.J.L. Murray, A.D. Lopez // Cambridge, Mass: Harvard University Press. – 1996. – P. 239-243.

12. Orr W.C. The timing of evening meal and administration effects on patients of 24-hour intragastric acidity / W.C. Orr // Pharmacology. Therapia. – 1988. – № 2. – P. 541 – 549.

Н.Б. Булиева

ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ В СРАВНЕНИИ С ЦЕНТРАЛЬНЫМ РЕГИОНОМ

УДК 616-614.2(=1.571.56-81)

В статье проводится анализ распространенности инфекционных осложнений у больных гемобластомами Ханты-Мансийского автономного округа в сравнении с Ульяновской областью.

Ключевые слова: гемобласты, инфекционные осложнения, Ханты-Мансийский автономный округ, Ульяновская область.

The epidemiologic evidence of infections complications in patients with hematologic malignancies of Khanty-Mansiysk' and Ulyanovsk' regions is analyzed in the article.

Keywords: hemoblastosises, infections complications, Khanty-Mansiysk' region, Ulyanovsk' region.

Опportunистические инфекции у больных гемобластомами остаются актуальной проблемой современной гематологии, так как гнойно-воспалительные осложнения у них развиваются значительно чаще, чем у пациентов, не страдающих опухолевыми заболеваниями, а инфекционные процессы наблюдаются у 80-85% таких больных и являются грозным, неблагоприятным осложнением [6,7,10]. При этом нередко инфекции имеют нозокомиальную («госпитальную») природу, протекают крайне тяжело и плохо поддаются терапии, в связи с высокой резистентностью возбудителей [4,8].

Особую сложность течению инфекций у онкологических больных придает развитие бактериально-бактериальных и грибково-бактериальных (микст) инфекций [1,9]. Анализ причин смерти онкологических больных выявил, что инфекционные осложнения являлись причиной гибели не менее 1/3 онкологических больных [2,3,5].

Таким образом, онкологические больные являются группой риска в отношении развития опportunистических инфекций, поэтому изучение территориальных особенностей инфекционных осложнений у больных гемобластомами является актуальной проблемой клинической медицины.

Цель исследования: анализ соотношения локализованных и генерализованных форм инфекционных осложнений

у больных гемобластомами. Материалом для исследования послужили 1770 историй болезни (Ханты-Мансийский автономный округ – 1010, Ульяновская область – 760) с 2004 по 2010 г. Оценка разницы частотных показателей инфекционных осложнений разной локализации проводилась по критерию χ^2 и считалась статистически достоверной при $p < 0,05$.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили 1770 историй болезни (Ханты-Мансийский автономный округ – 1010, Ульяновская область – 760) с 2004 по 2010 г. Оценка разницы частотных показателей инфекционных осложнений разной локализации проводилась по критерию χ^2 и считалась статистически достоверной при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Из 1770 проанализированных историй болезни неходжкинские лимфомы (НХЛ) составили 35,1% (622 чел.), хронический лимфоцитарный лейкоз (ХЛЛ) – 29,3 (519), множественная миелома (ММ) – 17,2 (304), лимфогранулематоз (ЛГМ) – 18,4% (325 чел.).

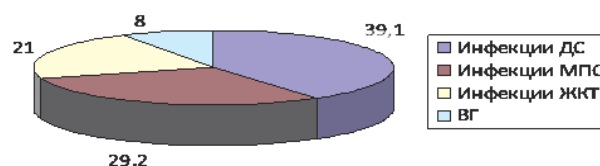
При оценке общего числа инфекционных осложнений среди всех карт стационарного больного, которые поддавались анализу, было зарегистрировано 1715 случаев. Из них в

Ханты-Мансийском автономном округе – 888 (51,8%), в Ульяновской области – 827 (48,2%), с достоверностью по критерию χ^2 – $p < 0,05$.

Из всех инфекционных осложнений локализованные формы составили наибольшую часть – 97,3% (рисунок). Соответственно, доля генерализованных форм составила 2,7%.

Далее проводился анализ особенностей инфекционных осложнений у больных гемобластомами Ханты-Мансийского автономного округа и Ульяновской области (табл.1).

Согласно представленным данным, различия по распространенности инфекционных осложнений дыхательной системы у больных с гемобластомами, проживающих в северном районе в сравнении с центральным, в целом достоверно не отличались и составили 356 (40,1%) против 314 (37,9%), $p > 0,05$. В то же время следует отметить некоторые различия нозологических форм инфекционных осложнений: большая распространенность пневмоний в Ханты-Мансийском автономной округе против Ульяновской области (9,8 и



Структура инфекционных осложнений в зависимости от локализации процесса, %: ДС – дыхательная система, МПС – мочеполовая система, ЖКТ – желудочно-кишечный тракт, ВГ – вирусные гепатиты

БУЛИЕВА Наталья Борисовна – к.м.н., доцент Ханты-Мансийской государственной медицинской академии, a-editor@yandex.ru.